

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Preventie in het zorgstelsel: *wat kunnen we leren van het buitenland?*

Colofon

Ontwerp
Xerox/OBT, Den Haag

Omslag foto
Nationale Beeldbank, fotograaf Renee Teunis

Uitgave van het:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven | Nederland
www.rivm.nl

RIVM-Rapportnummer: 2015-0182
ISBN/EAN: 978-90-6960-282-0

Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?

Een eerste inventarisatie op basis van interviews met buitenlandse experts en literatuur

Richard Heijink, Jeroen Struijs

Contact:
Richard Heijink
Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Richard.Heijink@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publiekssamenvatting

Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland?

Preventieve maatregelen voor groepen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals kinderen met overgewicht en eenzame ouderen, komen in Nederland soms moeizaam van de grond. De partijen die betrokken zijn bij de ontwikkeling en uitvoering van deze maatregelen, zoals gemeenten, verzekeraars, zorgverleners en GGD'en ervaren verschillende knelpunten. Zo is niet altijd duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook is onduidelijk hoe preventieve interventies structureel moeten worden gefinancierd. Uit onderzoek van het RIVM blijkt dat deze knelpunten veelal niet uniek zijn voor Nederland maar ook in het buitenland aan de orde zijn. Dit ondanks de verschillen tussen landen in de organisatie en financiering van preventie en zorg.

Tegelijkertijd biedt het buitenland voorbeelden van mogelijke oplossingen die eraan kunnen bijdragen om de in Nederland ervaren knelpunten op te lossen. Verantwoordelijkheden kunnen bijvoorbeeld helderder in wetgeving worden vastgelegd. Ook kan een apart fonds worden ingericht voor een structurele financiering van preventieve interventies, en biedt een landelijk monitoringssysteem de mogelijkheid om te volgen welke preventieve activiteiten binnen gemeenten worden aangeboden. De effectiviteit van deze buitenlandse voorbeelden staat nog niet vast, maar ze verdienen extra aandacht omdat ze aansluiten bij actuele discussies in Nederland.

Een van de aanleidingen voor dit onderzoek is de toezegging van de minister van VWS eind 2014 om knelpunten en verbeterpunten voor preventie te onderzoeken. De resultaten zijn gebaseerd op interviews met buitenlandse experts en internationale literatuur over tien landen. Vervolgonderzoek is gewenst voor meer inzicht in de voor- en nadelen van de genoemde voorbeelden en voor het maken van onderbouwde afwegingen en keuzes.

Kernwoorden: Preventie, Gezondheidsbevordering, Zorgstelsel, Internationaal

Synopsis

Prevention within the health system: what can we learn from abroad?

In the Netherlands, actors involved in preventive services targeted at people with health risks, such as overweight children or lonely elderly, are confronted with several obstacles to the development and implementation of interventions. For example, it is not always clear to municipalities, insurers, public health services and health care providers who is responsible for what. Furthermore, it is unclear how to finance these interventions in a structural manner. Research from the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) shows that several foreign countries face the same issues, even though they often organize and finance their health systems differently.

At the same time, the Netherlands may learn from the examples of (policy) measures taken in other countries. For example, some countries have tried to more clearly delineate the responsibilities of different actors within their laws. Also, health (promotion) funds have been established to realize structural financing for prevention. Another example is the development of a national monitoring system that can be used to monitor which preventive interventions and activities are being offered by local authorities. At this stage, it is unclear to what extent these measures will effectively solve the problems experienced in the Netherlands. Nevertheless, they are related to current policy discussions and therefore, deserve close attention.

The RIVM study was motivated by a recent statement by the Dutch minister of Health, Welfare and Sport to investigate the obstacles and possible solutions to embedding prevention into the Dutch health system. The results of the study are based on interviews with foreign experts and international literature, from ten high-income countries. Further research is needed to get a more comprehensive understanding of the advantages and disadvantages, and the effectiveness of the measures taken in other countries.

Keywords: Prevention, Health Promotion, Health system, International comparison

Inhoudsopgave

Samenvatting

Vraagtekens bij de inbedding van preventie in het Nederlandse zorgstelsel
In toenemende mate wordt betoogd dat preventie beter moet worden ingebed in het Nederlandse zorgstelsel om deze meer toekomstbestendig te maken. Ook in de Tweede Kamer is dit thema aan bod gekomen en de minister van VWS heeft eind 2014 toegezegd onderzoek te doen naar de mogelijkheden voor preventie binnen de bestaande wetten (Wpg, Jw, Wmo, Zvw en Wlz[1]), naar de (oplossingen voor) knelpunten en verbeterpunten, en naar een betere verankering van preventie in deze wetten. De nadruk ligt hierbij op preventie bij risicogroepen, ofwel selectieve en geïndiceerde preventie[2]. In de toezeggingen is aangegeven dat gekeken zal worden naar voorbeelden uit het buitenland.

RIVM inventarisatie van organisatie en financiering van preventie in het buitenland
Het ministerie van VWS heeft het RIVM de opdracht gegeven een eerste inventarisatie te maken van de organisatie en financiering van preventie in het buitenland en van mogelijke lessen die hieruit te destilleren zijn voor Nederland. Als basis voor de inventarisatie heeft het RIVM gebruik gemaakt van een lijst van knelpunten (zie onderstaand kader) die is voortgekomen uit een VWS-werkgroep en door VWS georganiseerde regionale werkconferenties met veldpartijen. In het onderzoek zijn tien landen meegenomen, te weten: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Oostenrijk, Spanje, Zweden en Zwitserland.

Voor deze tien landen heeft het RIVM, op basis van expert interviews en literatuur, gekeken naar: 1) hoe ziet het zorgstelsel eruit met betrekking tot preventie? (betreffende de verdeling van verantwoordelijkheden en financiering en bekostiging); 2) worden de in Nederland ervaren knelpunten in het buitenland herkend?; en 3) welke mogelijke oplossingsrichtingen bieden de buitenlandse voorbeelden? De focus in het onderzoek lag op preventie voor risicogroepen. Om zo compleet mogelijk te leren van de verschillende zorgstelsels en de manieren van organiseren en financieren wordt soms ook ingegaan op andere vormen van preventie.

Overzicht knelpunten met betrekking tot preventie in het Nederlandse zorgstelsel

1. Verschillende definities van preventie in wetten leiden tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden
2. Lokale beleidsvrijheid creëert mogelijk ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten
3. Baten van investeren in preventie slaan niet altijd of niet in zijn geheel neer bij de 'investeerder'
4. Wettelijk vastgelegde 'bevorderen van afstemming' levert niet automatisch de gewenste samenwerking op
5. Zorgverzekeraar/zorgkantoor wordt beperkt door wettelijke kaders
6. (Kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen is onbekend
7. Er is gebrek aan structurele financiering en bekostiging
8. Er bestaan cultuurverschillen tussen groepen professionals
9. Er is gebrek aan burgerparticipatie
10. Urgentie/verantwoordelijkheid wordt niet overal gevoeld

Het beter verankeren van preventie is een zoektocht voor de meeste landen, ondanks verschillen in de verdeling van verantwoordelijkheden en financiering tussen landen
In de tien onderzochte landen wordt, net als in Nederland, discussie gevoerd over de inbedding van preventie bij risicogroepen in het zorgstelsel. Dit terwijl de verantwoordelijkheden voor preventie in deze landen verschillend zijn belegd: bij landelijke, regionale of lokale overheden, bij verzekeraars of een combinatie van deze actoren. Ook de financieringsbronnen variëren, tussen onder andere algemene belastingen, belastingen op ongezonde producten en verzekeringspremies. De middelen voor preventie zijn in sommige gevallen geoormerkt, in andere gevallen ontvangen

[1] Wpg=Wet publieke gezondheid; Jw=Jeugdwet; Wmo=Wet maatschappelijke ondersteuning; Zvw=Zorgverzekeringswet; Wlz=Wet langdurige zorg. We hanteren deze vijf wetten als het kader van het zorgstelsel.

[2] Selectieve preventie: bevordert de gezondheid van specifieke groepen met verhoogd gezondheidsrisico. Onder selectieve preventie valt ook het opsporen en toeleiden naar de zorg; Geïndiceerde preventie: voorkomt ziekte of verdere gezondheidsproblemen bij individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen (zie ook Tekstbox 1.1).

actoren een lumpsum bedrag voor preventie, zorg en mogelijk ook andere domeinen. Lopende discussies over de verankering van preventie in het zorgstelsel zijn in een aantal landen onderdeel van een breder debat over de verdeling van verantwoordelijkheden. Zo wordt in Finland momenteel een hervorming voorbereid waarbij de verantwoordelijkheden voor preventie en ook voor gezondheidszorg en welzijnszorg van lokaal naar regionaal niveau worden overgeheveld. In andere gevallen spitst de lopende discussie zich specifiek toe op preventie, zoals bij de recente invoering van een preventiewet in Duitsland.

In Nederland ervaren knelpunten worden in het buitenland veelal herkend
De in Nederland ervaren knelpunten worden veelal ook door buitenlandse experts herkend. Dit geldt voornamelijk voor de mogelijk ongewenste variatie in (de kwaliteit van) het preventie-aanbod als gevolg van lokale beleidsvrijheid, het *wrong-pocket problem* (baten van preventie zijn niet altijd of niet geheel voor de investeerder), het gebrek aan afstemming tussen opdrachtgevers en het gebrek aan structurele financiering. Dergelijke knelpunten lijken dus niet per definitie samen te hangen met stelselkenmerken qua financiering en rolverdeling. Andere knelpunten, zoals een onheldere verdeling van verantwoordelijkheden of de wettelijke beperking voor opdrachtgevers, worden minder vaak herkend of lijken een minder grote impact te hebben op de inbedding en borging van preventie in het zorgstelsel.

Oplossingsrichtingen op het gebied van wetgeving, afstemming en integratie, financiering en bekostiging, monitoring
De onderzochte landen bieden verschillende voorbeelden die als oplossingsrichting of denkrichting kunnen fungeren voor Nederland. De belangrijkste elementen die in deze oplossingsrichtingen terugkomen zijn: helderder definiëren van preventie en de daarbij behorende verantwoordelijkheden van actoren in wetten, betere afstemming/coördinatie of integratie tussen verantwoordelijke actoren, het stroomlijnen van financieringsbronnen voor preventie of samenvoegen van budgetten voor preventie en zorg (integratie), en landelijke monitoring van verantwoordelijke actoren op lokaal niveau en deze voorzien van (spiegel)informatie. Het helderder definiëren van verantwoordelijkheden rondom preventie, zoals in de Duitse preventiewet, kan de onduidelijkheid over verantwoordelijkheden verminderen. Vormen van coördinatie op bestuurlijk of organisatorisch niveau, zoals de *Health and Wellbeing Boards* in Engeland of de *health promotion coordinator* in Finland kunnen bijdragen aan een betere afstemming tussen actoren. Integratie van budgetten, zoals in de regio Manchester (Engeland) of in Finland en Denemarken (waar lokale overheden verantwoordelijk zijn voor zorg, preventie, welzijn en andere domeinen), kan ervoor zorgen dat de baten van preventie meer bij de investeerder terecht komen. De terughoudendheid in investeren in preventie kan ook worden bestreden via geoormerkte financiering, zoals de gezondheidsfondsen in Oostenrijk en Zwitserland. Tot slot zijn er interessante voorbeelden van het monitoren van activiteiten van gemeenten in Denemarken en Finland, als oplossingsrichting voor de mogelijk negatieve gevolgen van lokale beleidsvrijheid. In deze landen wordt de monitoring uitgevoerd door landelijke onderzoeksinstituten, overigens zonder 'sanctie' voor gemeenten wanneer zij minder goede uitkomsten laten zien. Opgemerkt dient te worden dat deze oplossingsrichtingen niet specifiek gericht zijn op preventie voor risicogroepen maar ook toepasbaar kunnen zijn voor andere vormen van preventie.

Oplossingsrichtingen raken aan recente ontwikkelingen in Nederland; verdieping noodzakelijk voor onderbouwde afwegingen en keuzes
De gevonden oplossings*richtingen* kunnen niet als kant-en-klare oplossing voor de Nederlandse situatie worden gezien. Wel hebben bepaalde oplossingsrichtingen duidelijke raakvlakken met recente ontwikkelingen in Nederland. Te denken valt aan onder andere de Nederlandse proeftuinen en andere lokale initiatieven waarin wordt gewerkt aan de integratie van preventie, zorg en welzijn (raakvlak met *integrated care* in Engeland); lopende initiatieven en discussies in Nederland met betrekking tot *shared savings* en uitkomstbekostiging (raakt aan bijvoorbeeld Gesundes Kinzigtal in Duitsland); discussies over een preventiefonds (voorbeelden in Oostenrijk en Zwitserland); en het *Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid* (monitoring in Denemarken en Finland). Deze raakvlakken tussen recente ontwikkelingen in Nederland en de genoemde oplossingsrichtingen tonen dat het aan te bevelen is de buitenlandse voorbeelden te betrekken bij huidige/toekomstige beleidsbeslissingen. Vervolgonderzoek is gewenst om meer inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van de genoemde voorbeelden en voor het maken van onderbouwde afwegingen en keuzes.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Toekomstbestendigheid van het Nederlandse zorgstelsel ter discussie
De toekomstbestendigheid van het Nederlandse zorgstelsel[3] is een regelmatig terugkerend thema in onderzoek en beleid (CPB, 2013; RVZ, 2015). De verwachting is dat de stijgende vraag naar zorg, door onder andere een toenemend aantal ouderen en chronisch zieken en betere behandelmethoden, met het huidige zorgstelsel onvoldoende beantwoord kan worden. Tegen deze achtergrond wordt gezocht naar manieren om het zorgstelsel meer toekomstbestendig te maken, bijvoorbeeld via het efficiënter organiseren van de zorg, maar ook via het voorkomen van (verergering van) ziekte en daaraan gerelateerd zorggebruik, ofwel: preventie.

Toenemende vragen over de rol van preventie bij het toekomstbestendig maken van het zorgstelsel
Steeds vaker wordt gesteld dat preventie in het huidige zorgstelsel onvoldoende tot zijn recht komt. Dit heeft onder andere te maken met de betrokkenheid van verschillende actoren (zoals gemeenten, verzekeraars en zorgaanbieders) bij preventie en de soms tegengestelde belangen van deze actoren. Ook worden er vragen gesteld bij de financiering en bekostiging van preventie. In de Tweede Kamer is het thema eveneens aan bod gekomen. Zo werd in de motie Wolbert gesteld dat zorgverzekeraars financieel weinig bijdragen aan preventieprogramma's en werd in het amendement van Van Dijk voorgesteld om de samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, onder andere op het gebied van preventie, wettelijk vast te leggen (Tweede Kamer, 2014a; Tweede Kamer, 2014b).

Tekstbox 1.1: Wat is preventie?

In algemene zin is het doel van preventie "te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen" (Meijer en Hamberg-van Reenen, 2011b). Er bestaan verschillende indelingen van preventie, waaronder naar type maatregel (gezondheidsbescherming, ziektepreventie en gezondheidsbevordering) en naar fase in het ziekteproces (primaire, secundaire en tertiaire preventie) (zie Bijlage 2).

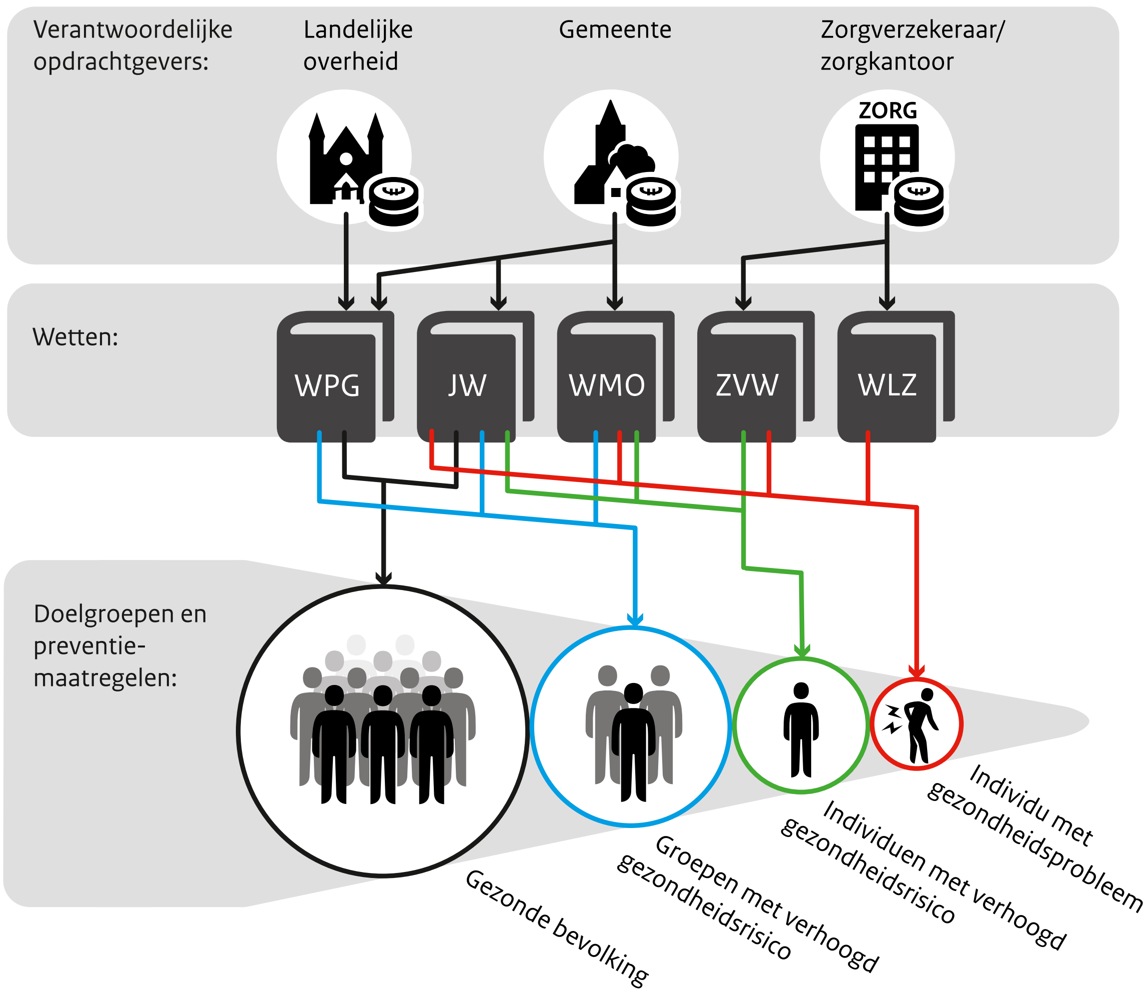
De indeling van preventie opgesteld door het CVZ sluit het beste aan bij de indeling in doelgroepen in dit onderzoek, en bestaat uit vier categorieën (CVZ, 2007):
- *Universele preventie:*
Bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking.
- *Selectieve preventie*:
Bevordert de gezondheid van specifieke groepen met verhoogd gezondheidsrisico. Onder selectieve preventie valt ook het opsporen en toeleiden naar de zorg.
- *Geïndiceerde preventie*:
Voorkomt ziekte of verdere gezondheidsproblemen bij individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen.
- *Zorggerelateerde preventie*:
Voorkomt complicaties, beperkingen, en een lagere kwaliteit van leven of sterfte bij individuen met een gediagnosticeerde aandoening/gezondheidsprobleem.

[3] Onder het zorgstelel vallen in dit rapport de wettelijke kaders Wet publieke gezondheid (Wpg), Jeugdwet (Jw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz).

Onderzoek naar mogelijkheden voor betere inbedding en borging van preventie in het zorgstelsel
In november 2014 heeft de minister van VWS tijdens de begrotingsbehandeling twee toezeggingen gedaan. Allereerst gaf zij aan te willen onderzoeken welke mogelijkheden er voor preventie zijn binnen de bestaande wetten, hoe knelpunten kunnen worden weggenomen, en welke verbeterpunten er zijn. Daarnaast beloofde zij op zoek te gaan naar een betere verankering van preventie in de Nederlandse wetten. Voor beide toezeggingen heeft de minister aangegeven gebruik te willen maken van voorbeelden uit het buitenland. Naast deze toezeggingen is ook de motie Wolbert aangenomen waarin de regering wordt verzocht een overzicht te sturen van de (on)mogelijkheden en de voor- en nadelen van een betaaltitel voor selectieve preventie in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook hierbij is verzocht de ervaringen van andere landen te betrekken.

1.2 Preventie in het zorgstelsel

Wettelijke kaders en opdrachtgevers voor preventie in het Nederlandse zorgstelsel
In de (Nederlandse) populatie zijn qua gezondheid verschillende groepen te onderscheiden: gezonde mensen, mensen met een verhoogd gezondheidsrisico (bijvoorbeeld rokers), en mensen met een gezondheidsprobleem/aandoening (bijvoorbeeld diabetes) (zie Figuur 1.1). Aan deze doelgroepen kunnen binnen het zorgstelsel verschillende preventieve interventies worden aangeboden vanuit een van de volgende wettelijke kaders: de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Jeugdwet (Jw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Vormen van preventie die worden aangeboden vanuit andere dan deze vijf wettelijke kaders vallen buiten de scope van dit rapport.



Figuur 1.1: Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers in Nederland

Figuur 1.1 toont ook de verantwoordelijke opdrachtgevers[4] bij iedere wet: de landelijke overheid bij de Wpg, de gemeenten bij de Wpg, Jw en Wmo en de zorgverzekeraar/ het zorgkantoor bij de Zvw en Wlz. De Wpg is het wettelijk kader voor de publieke gezondheidszorg[5]. Binnen de Wpg is de landelijke overheid verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg, het vaccinatieprogramma en het opstellen van de vierjaarlijkse landelijke nota gezondheidsbeleid (Meijer en Hamberg-van Reenen, 2011a). Vanuit de Wpg zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid, de jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering. Daarmee richt de Wpg zich vooral op de gezonde bevolking en mensen met verhoogd gezondheidsrisico. Zo kan gezondheidsbevordering[6], al is deze in de wet niet nader gespecificeerd, gaan over een leefstijlprogramma voor mensen met overgewicht (verhoogd gezondheidsrisico). Ook de andere wettelijke kaders omvatten vormen van preventie. Gemeenten zijn vanuit de Wmo verantwoordelijk voor het bevorderen van maatschappelijke participatie waarmee gezondheidsproblemen kunnen worden voorkomen. Vanuit de Zvw en Wlz zijn de zorgverzekeraars en zorgkantoren verantwoordelijk voor preventieve interventies voor mensen bij wie op individueel niveau een verhoogd gezondheidsrisico of een aandoening is vastgesteld.

De belangrijkste financieringsbron voor de landelijke overheid en gemeenten zijn inkomsten uit landelijke belastingen. Gemeenten ontvangen financiering via de landelijke overheid, onder andere via het gemeentefonds, en heffen additioneel gemeentelijke belastingen. Voor zorgverzekeraars en zorgkantoren vormen premie-inkomsten de belangrijkste financieringsbron. De genoemde opdrachtgevers dragen ook zorg voor de betaling van de organisaties die preventieve interventies uitvoeren.

Individuen kunnen tot meerdere doelgroepen behoren

Belangrijk om op te merken is dat de doelgroepen in Figuur 1.1 elkaar niet per definitie uitsluiten. Dit speelt vooral bij het onderscheid tussen de blauwe cirkel (groepen met verhoogd gezondheidsrisico) en groene cirkel (individuen met verhoogd gezondheidsrisico). Zo kan iemand met een verhoogd gezondheidsrisico, bijvoorbeeld overgewicht, preventieve interventies aangeboden krijgen vanuit de Wpg (waarvoor de gemeente verantwoordelijk is) waarmee deze persoon in de blauwe cirkel valt. Deze persoon kan echter gelijktijdig ook preventieve interventies vanuit de Zvw aangeboden krijgen, gericht op dezelfde of een andere risicofactor (waarvoor de zorgverzekeraar verantwoordelijk is), waarmee deze persoon in de groene cirkel valt. Dit hangt dus samen met het wettelijk kader waar de preventieve interventie onder valt. Figuur 1.1 toont tot slot ook dat iedere wet meerdere doelgroepen 'bedient'.

1.3 Preventie in het zorgstelsel: VWS-werkgroep en regionale werkconferenties

Lijst knelpunten vanuit werkgroep en regionale werkconferenties

Naar aanleiding van de toezeggingen van de minister heeft het ministerie van VWS een werkgroep opgericht om de (on) mogelijkheden voor preventie binnen de wetten Wpg, Jw, Wmo, Zvw en Wlz te inventariseren. Daarnaast heeft VWS vier regionale werkconferenties georganiseerd waaraan relevante actoren op het gebied van preventie hebben deelgenomen. Doel van deze werkconferenties was te discussiëren over de ervaringen in de praktijk met betrekking tot het opzetten en implementeren van preventieve interventies. Vanuit de VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties is een lijst knelpunten ontstaan, samengevat in Tekstbox 1.2. De geïdentificeerde knelpunten komen uitgebreid aan de orde in Hoofdstuk 2.

[4] Onder verantwoordelijke opdrachtgevers wordt hier verstaan: actoren, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, die zorg dragen voor taken zoals die in de wetten zijn beschreven. Wanneer wordt gesproken over uitvoerders gaat het in dit rapport om de actoren die de preventieve interventies daadwerkelijk uitvoeren.

[5] Publieke gezondheidszorg omvat volgens de Wpg: "gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten".

[6] Bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving (zie Bijlage 2).

Tekstbox 1.2: Overzicht knelpunten met betrekking tot preventie in het Nederlandse zorgstelsel

1. Verschillende definities van preventie in wetten leiden tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden
2. Lokale beleidsvrijheid creëert mogelijk ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten
3. Baten van investeren in preventie slaan niet altijd of niet in zijn geheel neer bij de 'investeerder'
4. Wettelijk vastgelegde 'bevorderen van afstemming' levert niet automatisch de gewenste samenwerking op
5. Zorgverzekeraar/zorgkantoor wordt beperkt door wettelijke kaders
6. (Kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen is onbekend
7. Er is gebrek aan structurele financiering en bekostiging
8. Er bestaan cultuurverschillen tussen groepen professionals
9. Er is gebrek aan burgerparticipatie
10. Urgentie/verantwoordelijkheid wordt niet overal gevoeld

VWS-werkgroep en regionale werkconferenties gericht op preventie voor risicogroepen
De VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties waren gericht op preventie voor *groepen* met een verhoogd gezondheidsrisico. Voorbeelden hiervan zijn kwetsbare kinderen, eenzame ouderen of mensen met overgewicht. Het accent ligt bij deze interventies op het in kaart brengen van gezondheidsrisico's en bijbehorende risicogroepen, het vroegtijdig opsporen van risicogroepen, het sturen van mensen naar interventies zowel op groepsniveau als op individueel niveau, en deelname aan interventies voor deze individuen (blauwe en groene cirkel Figuur 1.1). Daarnaast moet er ook een verbinding zijn met tenminste twee van de volgende wetten: Wpg, Jw, Wmo, Zvw of Wlz. Interventies buiten het zorgstelsel gericht op de gehele bevolking, zoals accijnzen of maatregelen ter verbetering van de luchtkwaliteit, zijn niet meegenomen in het VWS-project.

1.4 RIVM inventarisatie van organisatie en financiering preventie in het buitenland

Inventarisatie van buitenlandse ervaringen met de organisatie en financiering van preventieve interventies
Het RIVM heeft in opdracht van het ministerie van VWS onderzoek gedaan naar de organisatie en financiering van preventie in het buitenland. De hoofddoelstelling van dit onderzoek was tweeledig: 1) onderzoeken of de in Nederland ervaren knelpunten in het buitenland worden herkend, en 2) inventariseren welke mogelijke oplossingsrichtingen buitenlandse voorbeelden bieden. Net als in de VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties lag de focus op preventie gericht op risicogroepen. Echter, om een compleet beeld te krijgen van de verschillende zorgstelsels en manieren van organiseren en financieren wordt soms ook ingegaan op andere vormen van preventie (Hoofdstuk 3). Daarnaast kan het zijn dat de oplossingsrichtingen die in het buitenland worden gevonden niet specifiek gericht zijn op preventie voor risicogroepen, maar wel een mogelijke oplossing bieden voor de knelpunten die in Nederland worden ervaren bij dit type preventie (Hoofdstuk 5). In de rest van het rapport wordt in een aantal gevallen dan ook gesproken over preventie in algemene zin, waar preventie voor risicogroepen dan onderdeel van uitmaakt.

Bij bovengenoemde hoofddoelstelling zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:
1. Hoe ziet het zorgstelsel er in andere landen uit met betrekking tot preventie?
   a. Hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld?
   b. Hoe zitten de financiering en bekostiging in elkaar?
   c. Wat valt op met betrekking tot de organisatie en financiering van preventie?
2. Worden de in Nederland ervaren knelpunten in het buitenland herkend?
3. Welke mogelijke oplossingsrichtingen biedt het buitenland?

RIVM onderzoek is beschrijvend en gebaseerd op interviews met experts en literatuur
Het RIVM onderzoek is met nadruk een beschrijving en geen (effect)evaluatie van de organisatie en financiering van preventie in het buitenland en de mogelijke oplossingsrichtingen die daaruit voortvloeien. In het onderzoek zijn tien landen meegenomen, te weten: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Oostenrijk, Spanje, Zweden en Zwitserland. De onderzoeksvragen zijn voor deze landen beantwoord op basis van interviews met buitenlandse experts

en documentenanalyse. Alleen westerse landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau zijn geselecteerd. Daarnaast is bewust gekozen voor landen met verschillende typen zorgstelsels. Een uitgebreide beschrijving van de onderzoeksopzet is te vinden in Tekstbox 1.3.

Tekstbox 1.3: Beschrijving onderzoeksopzet

In Nederland ervaren knelpunten vormen basis van het onderzoek
De hoofddoelstelling van het rapport is tweeledig: onderzoeken of de in Nederland ervaren knelpunten ten aanzien van preventie in het buitenland worden herkend en inventariseren welke mogelijke oplossingsrichtingen buitenlandse voorbeelden bieden. De basis wordt dus gevormd door de knelpunten zoals deze in Nederland zijn geïdentificeerd in de VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties. Om lessen te kunnen trekken uit het buitenland, en buitenlandse voorbeelden juist te interpreteren, zijn de zorgstelsels eerst bestudeerd met betrekking tot de verdeling van verantwoordelijkheden en de financiering en bekostiging.

Typen preventie
De focus ligt op preventie voor risicogroepen. Om een compleet beeld te krijgen van de verschillende zorgstelsels en manieren van organiseren en financieren wordt soms ook ingegaan op andere typen preventie. Ook de oplossingsrichtingen uit het buitenland hoeven niet specifiek bedoeld te zijn voor preventie voor risicogroepen maar kunnen wel aansluiten bij de knelpunten die in Nederland hieromtrent worden ervaren.

Selectie van landen mede op basis van diversiteit zorgstelsels
In totaal zijn, in overleg met het ministerie van VWS, tien landen opgenomen in het onderzoek, te weten: Australië, Canada, Denemarken, Duitsland, Engeland, Finland, Oostenrijk, Spanje, Zweden, Zwitserland. Alleen westerse landen met een vergelijkbaar welvaartsniveau zijn geselecteerd. Daarnaast is bewust gekozen voor landen met verschillende typen zorgstelsels.

Voornaamste gegevensbronnen zijn semi-gestructureerde interviews met buitenlandse experts en internationale literatuur
De resultaten zijn gebaseerd op semi-gestructureerde interviews met buitenlandse experts en literatuur over de kenmerken van de verschillende zorgstelsels, voornamelijk van de European Observatory (*Health System in Transition series*), het Commonwealth Fund (*International Profiles of Health Care Systems*) en de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (Paris et al., 2010). Daarnaast is aan de geïnterviewde experts gevraagd om relevante Engelstalige documenten aan te dragen, die vervolgens zijn meegenomen in de beschrijving.

Experts benaderd via netwerk RIVM onderzoekers
De geïnterviewde experts zijn via buitenlandse contacten van de RIVM onderzoekers benaderd. Deze buitenlandse contacten is gevraagd naar experts op het gebied van de organisatie en financiering van preventie in hun land. Uiteindelijk zijn 12 experts uit 9 landen geïnterviewd (zie Bijlage 1 voor een lijst van de geïnterviewde experts). Alleen in Zweden is ondanks herhaalde pogingen geen expert gevonden die bereid was om deel te nemen aan een interview.

Interviews op basis van vooraf opgestelde lijst vragen en onderwerpen
In alle interviews zijn de volgende thema’s structureel aan bod gekomen: wettelijke verdeling van verantwoordelijkheden, financiering en bekostiging, en ervaren knelpunten/obstakels met betrekking tot preventie. Voorafgaand aan het interview ontvingen de geïnterviewden een lijst van vragen en onderwerpen om zich voor te kunnen bereiden op het interview (zie Bijlage 3). Bij het bespreken van de knelpunten is specifiek gevraagd naar de knelpunten zoals die in Nederland worden ervaren.

Voorlopige resultaten zijn voorgelegd aan klankbordgroep
Na afloop van de interviews en de documentenanalyse zijn de eerste resultaten voorgelegd aan een klankbordgroep (zie Bijlage 1). Op deze manier is getracht om de vertaalslag van de resultaten naar de Nederlandse situatie beter te borgen.

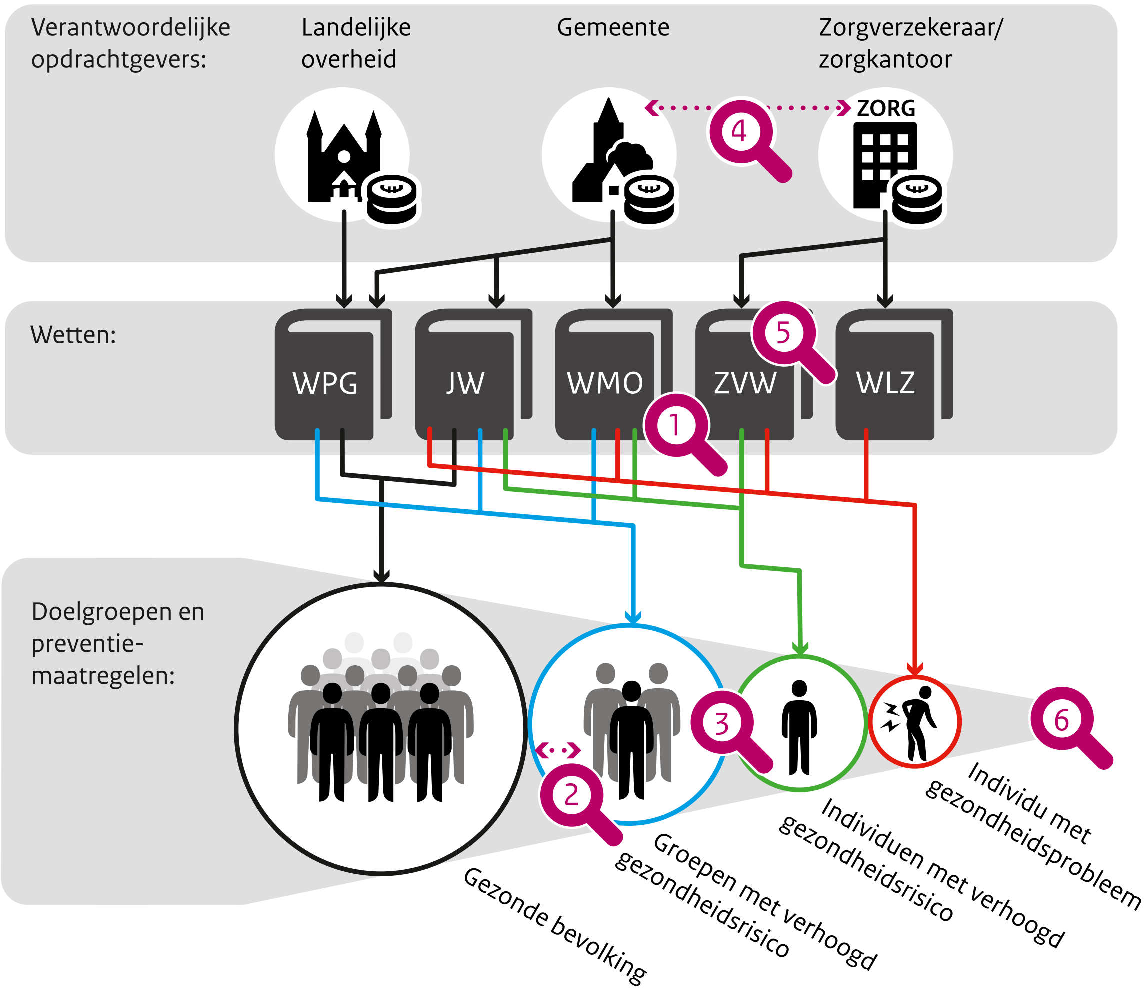
1.5 Leeswijzer

Het rapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een uitgebreide beschrijving van de in de VWS-werkgroep en regionale werkconferenties geïdentificeerde knelpunten. Hoofdstuk 3 bevat een beschrijving van de zorgstelsels in de geïncludeerde landen met betrekking tot de organisatie en financiering van preventie (Onderzoeksvraag 1). Dit hoofdstuk kan worden gezien als achtergrondinformatie voor het beter kunnen interpreteren van de ervaringen en oplossingsrichtingen in de daaropvolgende hoofdstukken. Hoofdstuk 4 beschrijft in hoeverre de in Nederland ervaren knelpunten met betrekking tot preventie in het zorgstelsel in het buitenland worden herkend (Onderzoeksvraag 2). Vervolgens wordt in Hoofdstuk 5 een aantal algemene oplossingsrichtingen besproken op basis van voorbeelden uit het buitenland (Onderzoeksvraag 3). Ten slotte geeft Hoofdstuk 6 een beschouwing op de resultaten en plaatst deze in een breder perspectief.

2. Geïdentificeerde knelpunten rondom preventie voor risicogroepen in het Nederlandse zorgstelsel

Leeswijzer

Uit de VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties komen een tiental knelpunten met betrekking tot preventie naar voren. In Figuur 2.1 wordt een aantal knelpunten samengevat. Vervolgens worden de knelpunten nader toegelicht. Een uitgebreidere beschrijving van de wetten en de verantwoordelijke opdrachtgevers met betrekking tot preventie is terug te vinden in Paragraaf 1.2.



Figuur 2.1: Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers in Nederland en een selectie van de geïdentificeerde knelpunten

1. Verschillende definities van preventie in wetten leiden tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (vergrootglas 1)
Binnen de vijf wetten (Wpg, Jw, Wmo, Zvw en Wlz) wordt geen eenduidige definitie van preventie gehanteerd. Zo wordt preventie binnen de Wmo, Wlz en de Zvw niet expliciet gedefinieerd, terwijl in de Wlz en Zvw wel een beschrijving is opgenomen van activiteiten van zorgaanbieders gericht op preventie in het kader van de behandeling van medische klachten/aandoeningen (geïndiceerde of zorggerelateerde preventie). Het ontbreken van op elkaar aansluitende definities van preventie in de verschillende wetten leidt tot onduidelijkheid over de verantwoordelijkheden van actoren. Het bestaan van een onheldere verantwoordelijkheidsverdeling werd eerder ook opgemerkt (Zorgmarktadvies, 2015). Als gevolg van deze onduidelijkheid ontstaat mogelijk ook afwentelgedrag bij de verschillende actoren.

2. Lokale beleidsvrijheid creëert mogelijk ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten (vergrootglas 2)
Preventie voor groepen met een verhoogd gezondheidsrisico (blauwe cirkel in Figuur 2.1) is grotendeels geregeld via de Wpg, maar ook via de Jw en de Wmo (blauwe pijl in Figuur 2.1). Gemeenten hebben veel vrijheid om hun verantwoordelijkheid op dit vlak in te vullen. Op deze manier kunnen gemeenten maatregelen zo goed mogelijk laten aansluiten op de lokale behoeften. De keerzijde van deze lokale beleidsvrijheid kan zijn dat sommige gemeenten maximaal inzetten op preventie voor risicogroepen terwijl anderen hun verantwoordelijkheid op minimale wijze invullen (RVZ, 2011). Hierdoor ontstaat mogelijk ongewenste variatie in het preventie-aanbod tussen gemeenten. Tevens bemoeilijkt deze vrijheid het uniform en gestandaardiseerd monitoren van gemeenten en als gevolg hiervan het verkrijgen van systematisch inzicht in (de effectiviteit van) het aanbod van preventie voor risicogroepen op landelijk niveau.

3. Baten van investeren in preventie slaan niet altijd of niet in zijn geheel neer bij 'investeerder' (vergrootglas 3)
De baten van preventieve maatregelen slaan niet altijd of niet in zijn geheel neer bij de 'investeerder', in de literatuur ook wel aangeduid als het *wrong-pocket problem* (Dietz et al., 2015). Zo kunnen investeringen in preventie door de gemeente baten opleveren voor zorgverzekeraars (in termen van lagere schadelast). Een ander voorbeeld is dat investeringen in preventie in een bepaalde regio door een zorgverzekeraar ook baten opleveren voor concurrerende zorgverzekeraars met verzekerden in dezelfde regio. Dergelijke onzekerheden bij de afweging om wel of niet te investeren in preventie kunnen tot gevolg hebben dat partijen minder snel geneigd zijn om deze investering te doen en kosten afwentelen op andere actoren. Investeerders kijken vooral naar hun eigen kosten en baten en niet zozeer vanuit maatschappelijk perspectief (Zorgmarktadvies, 2015).

4. Wettelijk vastgelegde 'bevorderen van afstemming' levert niet automatisch de beoogde samenwerking op (vergrootglas 4)
Verschillende wetten geven aan waar samengewerkt moet worden en waar verantwoordelijke opdrachtgevers[7], zoals zorgverzekeraars en gemeenten, elkaar moeten informeren. Zo stelt artikel 2.1 van de Wpg dat het college van burgemeester en wethouders de afstemming tussen de publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg dient te bevorderen. Volgens artikel 14a van de Zvw heeft de zorgverzekeraar eenzelfde verantwoordelijkheid. De beoogde samenwerking komt echter niet automatisch tot stand. Verschillende actoren spreken verschillende 'talen' en hebben soms ook andere belangen.

5. Zorgverzekeraar/zorgkantoor wordt beperkt door wettelijke kaders (vergrootglas 5)
Preventieprojecten gericht op groepen met een verhoogd gezondheidsrisico vallen niet onder de aanspraken binnen de Zvw. Als gevolg hiervan kunnen zorgverzekeraars dergelijke projecten alleen vanuit eigen middelen bekostigen. Dit geldt niet voor preventieve interventies gericht op individuen met een verhoogd gezondheidsrisico (CVZ, 2007). Een vergelijkbare beperking bestaat voor de zorgkantoren binnen de Wlz, aangezien Wlz-middelen alleen kunnen worden besteed aan zorgfuncties voor cliënten met een Wlz-indicatie van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).

---

7 Onder verantwoordelijke opdrachtgevers verstaan we hier de actoren, zoals gemeenten en zorgverzekeraars, die zorg dragen voor taken zoals die in de wetten staan beschreven. Wanneer wordt gesproken over uitvoerders gaat het in dit rapport om de actoren die de preventieve interventies daadwerkelijk leveren.

6. (Kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen is onbekend (vergrootglas 6)
In de praktijk bestaat bij de betrokken partijen vaak onbekendheid over (het bewijs voor) de (kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen. Dit kan leiden tot terughoudendheid in het investeren in preventie bij de verantwoordelijke partijen. Hoe groter de onzekerheid over de (kosten)effectiviteit, hoe lastiger het is om preventieve interventies structureel gefinancierd en bekostigd te krijgen.

Naast bovengenoemde knelpunten zijn er nog een aantal knelpunten geïdentificeerd, knelpunt 7 t/m knelpunt 10 hieronder, die niet in Figuur 2.1 zijn opgenomen.

7. Er is gebrek aan structurele financiering en bekostiging (geen vergrootglas)
Voor nieuwe preventieve interventies zijn veelal voor een beperkte periode middelen beschikbaar. Dergelijke projecten worden vaak vanuit additionele middelen gefinancierd. Na afloop van de innovatie-periode is er vaak geen mogelijkheid tot structurele bekostiging vanuit bestaande budgetten, waardoor projecten moeten stoppen. Dit knelpunt hangt sterk samen met het vorige knelpunt, aangezien een gebrek aan bewijs het verkrijgen van structurele financiering en bekostiging bemoeilijkt. Ook het *wrong-pocket problem* speelt hierbij een grote rol. Het knelpunt van een gebrek aan structurele financiering werd eerder ook opgemerkt door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2011).

8. Er bestaan cultuurverschillen tussen groepen professionals (geen vergrootglas)
In de uitvoering van preventieve interventies kunnen verschillende typen professionals, zowel in de curatieve gezondheidszorg als in de publieke gezondheidszorg, een rol spelen. Deze groepen spreken een andere 'taal', hebben een andere cultuur, waardoor de uitvoering soms moeilijk tot stand komt. Een voorbeeld betreft het cultuurverschil tussen (huis)artsen en sociale wijkteams. De mate waarin de verantwoordelijke opdrachtgevers, gemeenten en verzekeraars, samenwerken, beïnvloedt deze cultuurverschillen.

9. Er is gebrek aan burgerparticipatie (geen vergrootglas)
Burgers worden onvoldoende betrokken bij de opzet en implementatie van preventieve interventies, waardoor deze onvoldoende aansluiten bij de behoeften van burgers. Dit beïnvloedt de mate van succes van de interventie.

10. Urgentie/verantwoordelijkheid wordt niet overal gevoeld (geen vergrootglas)
Niet alle zorgverleners zien het uitvoeren van preventie als hun 'kerntaak'. Dit betreft zowel het signaleren van mensen met een verhoogd gezondheidsrisico, het toeleiden van deze mensen naar preventieve interventies als het uitvoeren van deze interventies. Vaak wordt gesteld dat de huidige manier van bekostigen van zorgaanbieders (betalen per behandeling) dit knelpunt versterkt (zie bijvoorbeeld Van Kleef et al., 2014).

3. Hoe ziet het zorgstelsel er in andere landen uit met betrekking tot preventie?

Leeswijzer

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste kenmerken van de zorgstelsels van de tien landen beschreven met betrekking tot preventie. Iedere paragraaf geeft voor een land inzicht in de wettelijke verdeling van verantwoordelijkheden, de financiering en bekostiging van preventie, en als laatste een aantal opvallendheden die gerelateerd zijn aan de Nederlandse knelpunten en/of recente ontwikkelingen. De beschrijvingen zijn een samenvatting van de belangrijkste resultaten uit de interviews en de literatuur.

3.1 Australië

Bronnen
De beschrijving van Australië is gebaseerd op twee expert interviews en op publicaties van het Australian Institute of Health and Welfare (AIHW, 2014a; AIHW, 2014b), de European Observatory (Healy et al., 2006) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Veel verantwoordelijkheid voor regionale overheid in Australië
In Australië zijn de verantwoordelijkheden voor preventie en zorg verdeeld tussen de federale overheid en de regionale overheden (*States* en *Territories*, hierna 'staten'). De federale overheid heeft een belangrijke verantwoordelijkheid op het gebied van wetgeving en regulering (vooral rondom *Medicare*[8]) en in de organisatie van bepaalde nationale preventieprogramma's (bijvoorbeeld rondom kankerscreening en de preventie van chronische ziekten onder de inheemse bevolking). De verantwoordelijkheid voor de organisatie van preventie en zorg is bij de staten belegd. Deze hebben veelal ook eigen wetgeving op het terrein van preventie, zoals de *Prevention and Wellbeing Act* (2008) in de staat Victoria. Regionale overheden hebben vrijheid in het vormgeven van preventie waardoor de aanpak en mate van activiteit tussen de regio's kan verschillen. De verantwoordelijkheid van lokale overheden verschilt per staat. In de *Prevention and Wellbeing Act* in Victoria is bijvoorbeeld vastgelegd dat lokale overheden om de drie jaar een *health and wellbeing plan* moeten opstellen. Hier hebben de lokale overheden dus een belangrijke verantwoordelijkheid in beleid en planning. De uitvoering van preventieve interventies is op lokaal niveau in handen van lokale organisaties; iedere staat heeft hiervoor zijn eigen structuur. Deze lokale organisaties leggen verantwoording af aan overheden op regionaal niveau en zijn veelal ook verantwoordelijk voor de organisatie en financiering van gezondheidszorg, zoals lokale ziekenhuizen.

Financiering en bekostiging

Preventie gefinancierd vanuit landelijke en regionale belastingen; financiële prikkels voor deelname aan vaccinatie
Preventieve interventies worden gefinancierd vanuit een mix van landelijke en regionale belastingen. Private financiering speelt een zeer kleine rol, zeker in vergelijking tot de gezondheidszorg in Australië waar private financiering prominent aanwezig is. Er is in het algemeen geen geoormerkt budget voor preventie.

---

8 Medicare is het nationale zorgstelsel waarbinnen Australiërs toegang hebben tot onder andere huisartsenzorg, medicijnen en publieke ziekenhuizen. Medicare wordt gefinancierd uit belastingen.

De bekostiging van zorgverleners bevat in beperkte mate prikkels om aan preventie te doen. Het *Practice Incentive Program (PIP)* bevat financiële prikkels voor zorggerelateerde preventie in de eerstelijnszorg bij chronisch zieken (Australian Government, 2015b). Ook op het gebied van universele preventie zijn financiële prikkels geïntroduceerd, zo is recent aangekondigd dat huisartsen een extra betaling ontvangen voor het identificeren en vaccineren van kinderen die te laat zijn voor hun vaccinatie (Australian Government, 2015a). Daarnaast worden ook burgers financieel geprikkeld; ouders krijgen een financiële bijdrage voor ieder kind dat alle onderdelen van het vaccinatieprogramma heeft ontvangen. Met deze maatregelen is een sterke verbetering in de vaccinatiegraad gerealiseerd.

Wat valt op in Australië?

Organisatie en financiering van preventie laatste jaren sterk beïnvloed door politiek
In Australië zijn politieke veranderingen de laatste jaren sterk van invloed geweest op het preventiebeleid. Een voorbeeld hiervan is het opzetten van het *National Preventive Health Agency* en het *National Partnership Agreement for Preventive Health* een aantal jaren geleden door de *Labour* regering. Hiermee werd een nieuwe nationale strategie voor preventie vormgegeven, met nadere afspraken tussen landelijke en regionale overheid over ieders verantwoordelijkheden. Tevens werden extra financiële middelen gereserveerd voor de uitvoering van preventie. De volgende regering, met een andere politieke kleur (*Liberals*) schafte echter het gehele plan en het nieuwe agentschap weer af. Als gevolg hiervan is er volgens de experts onduidelijkheid ontstaan over de verantwoordelijkheden op het gebied van preventie en in het bijzonder gezondheidsbevordering.

Regionale overheden ondersteunen lokale overheden met richtlijnen voor gezondheidsbeleid
Regionale overheden in Australië ondersteunen lokale overheden in het uitwerken van gezondheidsbeleid en preventieve interventies. Deze ondersteuning is bedoeld om het gebrek aan tijd en kennis op dit vlak bij lokale overheden te compenseren. In de staat Victoria is bijvoorbeeld de zogenaamde *Guide to municipal health planning* opgesteld, waarin richting wordt gegeven aan het opzetten van maatregelen op het gebied van de publieke gezondheid (Victorian Government, 2013).

Veel projectgebonden financiering bij gezondheidsbevordering
Verder valt op dat er volgens de experts, net als in Nederland, veelal sprake is van gefragmenteerde en projectgebonden financiering, vooral op het gebied van gezondheidsbevordering. Dit hangt mede samen met de korte termijn waarop lokale overheden hun beleid maken (in Victoria bijvoorbeeld per 3 jaar). De baten van gezondheidsbevordering zijn veelal niet binnen dezelfde termijn zichtbaar.

3.2 Canada

Bronnen
De beschrijving van Canada is gebaseerd op een expert interview en op publicaties van het Public Health Agency Canada (PHAC, 2003), de European Observatory (Marchildon, 2013) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Veel verantwoordelijkheid voor regionale overheid in Canada
In de *Department of Health Act* (1996) is in zeer algemene termen de verantwoordelijkheid van de federale overheid rondom preventie beschreven. Zij moet zorgen voor: bevordering van gezondheid, bescherming tegen ziekte, en het doen van onderzoek op het terrein van publieke gezondheidszorg. De nationale zorgwet (*Canada Health Act*, 1986) beschrijft alleen de regels voor 'medisch noodzakelijke' zorg en gaat niet over preventie. In de praktijk houdt de federale overheid zich wat betreft preventie voornamelijk bezig met het opstellen van standaarden en richtlijnen, met name voor vaccinatie en screeningsprogramma's.

De verantwoordelijkheid voor preventie en zorg is in Canada belegd bij de regionale overheid (*Provinces* en *Territories*). Men spreekt in Canada dan ook niet van één, maar van 13 verschillende zorgstelsel(s). De regionale overheden hebben eigen wetgeving op het gebied van preventie, zoals de *Health Protection Promotion Act* (1990) in Ontario. Mede hierdoor kan de invulling van het preventiebeleid behoorlijk verschillen tussen regio's. Volgens de geïnterviewde expert is er vooral op het gebied van gezondheidsbevordering weinig uniformiteit en een gebrek aan standaarden, maar ook vaccinatieprogramma's kunnen per regio verschillend worden ingevuld. Sommige regionale overheden hebben standaarden ontwikkeld voor publieke gezondheidsdiensten op lokaal niveau, zoals de *Public Health Standards and Protocols* in Ontario. Lokale overheden hebben vooral een rol in de uitvoering van door de provincie gedefinieerde preventieve maatregelen.

Financiering en bekostiging

Preventie vrijwel volledig gefinancierd uit regionale belastingen
Preventieve interventies worden vrijwel volledig gefinancierd vanuit regionale belastingen. Aanvullend is voor specifieke programma's financiering uit landelijke middelen beschikbaar. Dit geldt vooral voor medisch georiënteerde preventie, zoals het HPV vaccinatieprogramma (gezondheidszorg wordt uit landelijke belastingen gefinancierd). Provincies stellen soms (maar beperkt) voorwaarden aan de financiering van lokale overheden. Lokale overheden kunnen daarnaast lokale belastingen heffen voor het financieren van additionele preventieve interventies. Er is in het algemeen geen geoormerkt budget voor preventie.
De bekostiging van zorgverleners bevat in beperkte mate prikkels tot preventie. Er zijn in de laatste jaren in enkele regio's experimenten gestart om via financiële prikkels (via *capitation*[9] of een bonus-regeling) preventie in de eerstelijnszorg te stimuleren, met name gericht op screening en zorggerelateerde preventie voor chronisch zieken (Jaakkimainen et al., 2011; Kiran et al., 2015).

Wat valt op in Canada?

Het op een lijn krijgen van overheidslagen kost tijd en wordt beïnvloed door politieke inkleuring
Een vaak terugkomend discussiepunt in Canada is het op één lijn krijgen van de verschillende overheidslagen (op federaal, regionaal en lokaal niveau) en de departementen binnen overheidslagen. Er bestaan verschillende overlegvormen (*discussion tables*) waarmee wordt getracht een integrale en eenduidige strategie op volksgezondheidsthema's te krijgen. Volgens de Canadese expert gaat dit soms goed, maar kost dit vaak veel tijd. Deze afstemming kan ook sterk worden beïnvloed door de mate waarin de politieke visies tussen federale en regionale overheden verschillen.

Publieke gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg zijn gescheiden werelden
Volgens de Canadese expert is een belangrijk probleem in Canada de gescheiden ontwikkeling die de curatieve en publieke gezondheidszorg in het verleden hebben doorgemaakt. De publieke gezondheidszorg is opgezet om in de lokale omgeving infectieziekten te bestrijden. Daar zijn vervolgens andere taken aan toegevoegd. De curatieve gezondheidszorg is vanuit de historie ingericht op het behandelen van acute ziekten, in eerste instantie voornamelijk in een ziekenhuissetting. Tegenwoordig ontvangen mensen met (risico's op) gezondheidsproblemen zorg in verschillende settings en hebben gezondheidsproblemen raakvlakken met zowel publieke als curatieve gezondheidszorg. Volgens de expert kunnen de hedendaagse gezondheidsproblemen niet goed worden opgelost met de bestaande scheiding tussen deze twee professionele 'werelden'.

> *"The challenges of chronic diseases are not well met by the structures that were designed for infectious disease control. The bigger issue is: how do we rethink the delivery of public health services for challenges like childhood obesity?"*
>
> Quote expert

[9] Onder capitation payment ontvangt de zorgaanbieder een vast bedrag per ingeschreven persoon van waaruit alle zorg moet worden bekostigd.

3.3 Denemarken

Bronnen
De beschrijving van Denemarken is gebaseerd op een expert interview en op publicaties van de European Observatory (Olejaz et al., 2012), het Commonwealth Fund (CMWF, 2015) en op wetenschappelijke publicaties (Rudkjobing et al., 2014; Rod en Hoybye, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Deense gemeenten sinds 2007 verantwoordelijk voor preventie
In Denemarken heeft de landelijke overheid beperkte verantwoordelijkheden op het gebied van preventie. Tot 2007 was de verantwoordelijkheid voor preventie bij regionale overheden belegd, maar met de introductie van de Deense *Health Act* in 2007 zijn deze (samen met andere domeinen zoals langdurige zorg en welzijnszorg) overgeheveld van de regionale naar de lokale overheid. Deze verantwoordelijkheid is overigens in zeer algemene termen omschreven. Tegelijkertijd werd het regionale en lokale bestuur geherstructureerd, om te zorgen voor een betere coördinatie tussen overheidslagen. Het aantal regio’s werd teruggebracht van 12 naar vijf en het aantal gemeenten van 300 naar 98. In het nieuwe model zijn de regio’s nog wel verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg. Om de coördinatie tussen regionale en lokale overheden te bevorderen, zijn beiden verplicht elke vier jaar zogenaamde *health agreements* op te stellen. Deze akkoorden moeten onder meer leiden tot een betere integratie van gezondheidszorg, preventie en welzijnszorg. Preventie en gezondheidsbevordering is één van de zes centrale thema’s in deze akkoorden.

Financiering en bekostiging

Financiering voornamelijk op basis van landelijke belastingen
Preventieve activiteiten worden in Denemarken voornamelijk gefinancierd uit belastingen. Er is een landelijke *health tax* waarvan de inkomsten worden verdeeld over de regio’s en vervolgens vanuit de regio’s over lokale overheden. Bij deze verdeling wordt rekening gehouden met onder andere demografische en sociaaleconomische kenmerken van de bevolking. In grote lijnen ontvangen de lokale overheden één budget van waaruit zij preventie en andere diensten moeten financieren (geen geoormerkt preventiebudget). De zogenaamde *Budget law* bepaalt de hoogte van de budgetten en bevat sancties voor regio’s en gemeenten die het budget overschrijden. Lokale overheden heffen zelf ook belasting waarvan een gedeelte wordt afgestaan aan de regionale overheid. Dit is onder andere bedoeld voor de ziekenhuiszorg waar regio’s voor verantwoordelijk zijn (zie Tekstbox 3.1). Verder zijn er in de bekostiging van zorgverleners, voor zover bekend, geen prikkels ter bevordering van preventie.

Tekstbox 3.1: Financiële prikkels voor Deense gemeenten om te investeren in preventie

Deense gemeenten zijn sinds 2007 verantwoordelijk voor preventie en de meeste vormen van zorg. De vijf regionale overheden zijn verantwoordelijk voor de ziekenhuiszorg. Naast deze wettelijke verankering van verantwoordelijkheden, wordt getracht gemeenten via financiële prikkels te stimuleren om te investeren in preventie. Gemeenten betalen sinds 2007 namelijk een gedeelte van de kosten van iedere ziekenhuisopname. Het idee is dat de gemeenten zo gestimuleerd worden te investeren in de gezondheid van de lokale bevolking zodat ziekenhuisopnames en daarmee extra kosten voor de gemeenten worden voorkomen. In theorie komen de baten van de preventieve interventie zo terecht bij de partij die de kosten maakt. Uit een recente evaluatie blijkt dat er nog geen bewijs is dat de prikkel het gewenste effect oplevert (Vrangbaek en Sorensen, 2013). Gemeenten investeren wel meer in preventieve interventies voor patiënten en burgers, maar een relatie tussen deze toegenomen inzet en het aantal ziekenhuisopnames kon niet worden aangetoond. Dit roept de vraag op in hoeverre de gemeenten deze uitkomst daadwerkelijk (kunnen) beïnvloeden.

Wat valt op in Denemarken?

Verschuiving in de omvang van regionale en lokale overheden
De hervorming in Denemarken in 2007 bestond uit een decentralisatie van verantwoordelijkheden om te zorgen voor een betere aansluiting op lokale behoeften. De Deense traditie van lokale autonomie werd hiermee versterkt. Tegelijk werden regio's en gemeenten samengevoegd. Doel van deze herstructurering was meer efficiëntie en een betere kwaliteit van de organisatie en uitvoering van diensten. Daarnaast werd een betere coördinatie tussen regio's en gemeenten nagestreefd. Volgens de expert is nu wel discussie ontstaan over of de gemeentelijke besturen als gevolg van deze schaalvergroting niet 'te ver' van de burgers en de gemeenschap af zijn komen te staan.

Lokale overheden ondersteund vanuit nationale instituten
De landelijke overheid heeft een beperkte verantwoordelijkheid in het Deense model. Wel wordt op landelijk niveau in toenemende mate ondersteuning geboden aan lokale overheden met betrekking tot wat zij kunnen doen op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Vanuit de Deense *Health and Medicine Authority* worden zogenaamde *health promotion packages* aangeboden met daarin richtlijnen op het gebied van gezondheidsbevordering. Daarbij is een monitoring systeem ingericht om na te gaan in hoeverre deze richtlijnen ook worden gevolgd (zonder sanctie indien dit niet gebeurt).

Betere afstemming tussen preventie, zorg en welzijn
Volgens de Deense expert is een van de belangrijke vraagstukken in Denemarken op dit moment hoe de afstemming tussen de (publieke en curatieve) gezondheidszorg en andere domeinen als welzijnszorg, maatschappelijke ondersteuning en educatie te verbeteren. Denemarken hanteert een visie op preventie die vooral is gebaseerd op het aanpakken van risicofactoren zoals alcoholgebruik en roken. Andere domeinen die ook van invloed zijn op de volksgezondheid worden in mindere mate betrokken. Zowel op politiek en bestuurlijk niveau als in de uitvoering zijn dit, volgens de expert, nog te veel gescheiden werelden.

> *"There are budget cuts and the quality of basic welfare services is becoming worse in Denmark. At the same time we are doing risk-factor oriented interventions that are perhaps less important for public health. How do we tie health concerns with other concerns in the welfare sector? Getting political attention and better integration between public health and welfare services is probably the most important issue."*
>
> Quote expert

3.4 Duitsland

Bronnen
De beschrijving van Duitsland is gebaseerd op een expert interview en publicaties van het Duitse ministerie van gezondheid (BMG, 2015), de European Observatory (Busse en Blümel, 2014) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Zorgverzekeraars in Duitsland hebben veel verantwoordelijkheid op het gebied van preventie
De verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in het Duitse zorgstelsel zijn beschreven in het Duitse *Sozialgesetzbuch*[10] (SGB). Daarnaast is in 2015 een specifieke Preventiewet aangenomen (zie ook Paragraaf 5.1). In het SGB en in deze nieuwe preventiewet is de verantwoordelijkheid voor preventie voor een belangrijk deel bij zorgverzekeraars belegd. Zo is wettelijk vastgelegd dat verschillende vormen van preventie, zoals *health checks* bij kinderen, vaccinaties en kankerscreening worden vergoed vanuit de zorgverzekering. Net als in Nederland zijn de zorgverzekeraars in Duitsland onderling concurrerende organisaties (verzekerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere zorgverzekeraar). In Duitsland heeft de landelijke overheid een beperkte verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie. Regionale overheden (*Länder*) zijn verantwoordelijk voor vormen van preventie zoals gezondheidsscreening op (kleuter)scholen en preventieve interventies voor kwetsbare groepen. Iedere regio heeft ook een eigen wet op openbare gezondheidsdiensten en preventie (*Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst*).

Financiering en bekostiging

Financiering voornamelijk op basis van verzekeringspremies
In lijn met de grote verantwoordelijkheid voor zorgverzekeraars op het terrein van preventie, is de financiering in Duitsland voor een belangrijk deel gebaseerd op zorgpremies. In de preventiewet is vastgelegd hoeveel zorgverzekeraars gemiddeld genomen per verzekerde (minimaal) moeten investeren in preventie (zie Paragraaf 5.1). Op federaal niveau worden landelijke belastingen verdeeld over de regio's van waaruit regionale overheden preventieve maatregelen financieren onder andere via de in totaal 350 lokale gezondheidsdiensten.
De bekostiging van zorgverleners bevat in beperkte mate prikkels voor preventie. Er zijn wel initiatieven op dit gebied, die niet in de reguliere bekostiging zijn vastgelegd, zoals Gesundes Kinzigtal (zie Paragraaf 5.3).

Wat valt op in Duitsland?

Uitgaven aan preventie door zorgverzekeraar wettelijk vastgelegd
In 2015 is in Duitsland een preventiewet aangenomen (zie ook Paragraaf 5.1). Belangrijk doel was het duidelijker omschrijven van de verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en overheden, waarbij vooral de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars werd uitgebreid. Deze verandering past in een langere trend van het verplaatsen van verantwoordelijkheden van overheid naar verzekeraars in Duitsland. Opvallend is dat in deze wet is vastgelegd dat zorgverzekeraars gemiddeld €7 per verzekerde per jaar moeten uitgeven aan preventieve activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering. Dit resulteert in een extra budget van in totaal ongeveer €500 miljoen voor preventie. Toezichthouders controleren of dit bedrag ook daadwerkelijk aan preventie wordt besteed. Het gaat hierbij overigens om een gemiddeld bedrag per verzekerde, dus een verzekeraar kan meer investeren in preventie voor persoon A dan voor persoon B.

Geoormerkt budget voor preventie gebruikt als instrument voor risicoselectie
Volgens de geïnterviewde expert ziet men in Duitsland de invoering van de preventiewet als een stap voorwaarts richting een betere inbedding van preventie in het Duitse zorgstelsel. Het is wel de vraag hoe de zorgverzekeraars deze verantwoordelijkheid gaan invullen. Zorgverzekeraars kunnen het aanbieden van preventieve interventies inzetten als instrument voor risicoselectie, door vormen van preventie aan te bieden waarmee jonge gezonde populaties met lage zorgkosten worden aangetrokken. Dit kan gunstig zijn voor de concurrentiepositie van de zorgverzekeraar.

[10] Het Sozialgesetzbuch (SGB) bevat onder andere de verzekering van gezondheidszorg (Sozialversicherung, SGB IV) en de verzekering van langdurige zorg (Pflegeversicherung, SGB XI) (zie http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/).

Verder speelt ook in Duitsland de discussie dat zorgverzekeraars via preventie investeren in de gezondheid van verzekerden die mogelijk op termijn overstappen naar een concurrerende zorgverzekeraar waardoor de baten bij de concurrent terecht zouden kunnen komen (*wrong-pocket problem*). Net als in Nederland kan dit zorgen voor terughoudendheid in het doen van additionele investeringen in preventie (boven hun verplichte bijdrage).

Discussie tussen overheidslagen over budgetten
Regionale overheden hebben in het Duitse stelsel de verantwoordelijkheid voor preventieve maatregelen die niet onder de zorgverzekering vallen. Zij ontvangen echter geen geoormerkt budget voor preventie en het budget wordt vanuit federaal niveau, via een (complexe) verdeelsleutel, gealloceerd over de regio's. Volgens de geïnterviewde expert ontstaat regelmatig discussie over de omvang van het budget op regionaal niveau voor de organisatie van preventieve maatregelen. De lokale overheden, die verschillende preventietaken onder verantwoordelijkheid van de regionale overheid uitvoeren, voeren regelmatig eenzelfde discussie met de regionale overheid.

3.5 Engeland

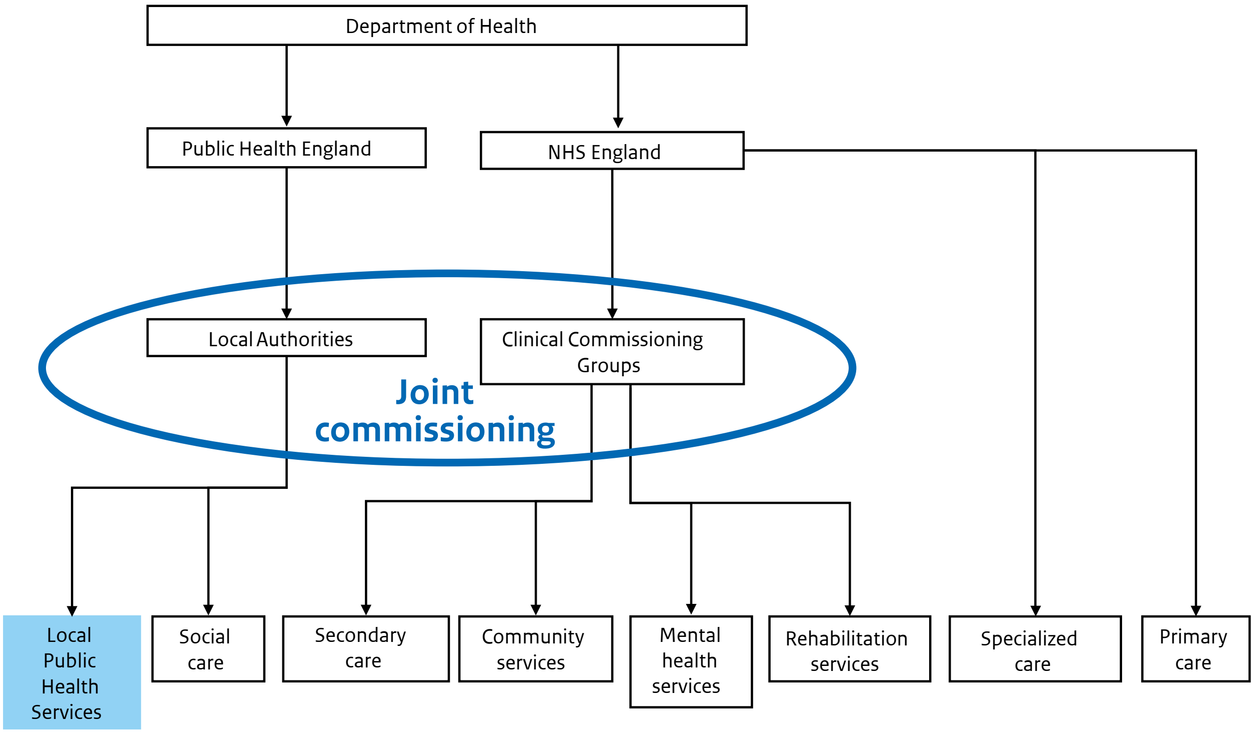
Bronnen
De beschrijving van Engeland is gebaseerd op een expert interview en op publicaties van het King's Fund (Humphries en Wenzel, 2015; Humphries, 2015), de European Observatory (Boyle, 2011) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheid voor preventie belegd bij lokale autoriteiten
Engeland kent een nationaal zorgstelsel, de *National Health Service (NHS)* waarbinnen alle inwoners van Engeland vrij toegang hebben tot verschillende vormen van zorg. Met de invoering van de *Health and Social Care Act* in 2012 is de publieke gezondheid buiten de *NHS* geplaatst en sinds 2013 ondergebracht bij het agentschap *Public Health England (PHE)*. *PHE* is op landelijk niveau verantwoordelijk voor onder andere informatie en onderzoek en een aantal screeningsprogramma's. De verantwoordelijkheid voor preventie is vooral belegd bij de 150 zogenaamde *Local Authorities (LAs)*. *PHE* ondersteunt de *LAs* met data (over de lokale gezondheid) en met advies over onder andere de effectiviteit van preventieve maatregelen (DoH, 2012). Naast de publieke gezondheidszorg zijn zij ook verantwoordelijk voor welzijnszorg (*social care*), zoals ondersteuning voor ouderen en gehandicapten, in een instelling of thuis. Binnen de *NHS* ligt de verantwoordelijkheid voor de inkoop van ziekenhuiszorg en bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg op lokaal niveau bij de ruim 200 lokaal opererende *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, waarin huisartsen sterk vertegenwoordigd zijn. Daarnaast is *NHS England* verantwoordelijk voor de inkoop van huisartsenzorg en hoog-complexe specialistische zorg. Zie Figuur 3.1 voor een schematische weergave.

Financiering en bekostiging

Financiering op basis van belastingen en geoormerkt budget
De financiering van preventie (en zorg) vindt grotendeels plaats op basis van belastingen die op landelijk niveau worden geënd. De lokale overheden ontvangen van de landelijke overheid een geoormerkt budget voor publieke gezondheid, waarbij de verantwoordelijkheden vrij specifiek zijn omschreven. Dit bedrag vormt ongeveer de helft van het totale budget van *PHE*. De andere helft vloeit naar de NHS en is bedoeld voor vormen van preventie die binnen de gezondheidszorg worden uitgevoerd, zoals vaccinatie en screeningsprogramma's en jeugdgezondheidszorg.
De bekostiging van zorgaanbieders bevat in beperkte mate financiële prikkels voor preventie. De beloning van huisartsen in Engeland vindt mede plaats op basis van het zogenaamde *Quality and Outcomes Framework (QOF)*. Bij betere scores op een set indicatoren uit het *QOF*-raamwerk ontvangen huisartsen een bonus. Het raamwerk bevat ook indicatoren op het gebied van preventie, voornamelijk gericht op zorggerelateerde preventie voor chronisch zieken en gedeeltelijk ook geïndiceerde preventie (bijvoorbeeld advies en ondersteuning bij stoppen met roken) (Doran et al., 2011).



Figuur 3.1: Schematische weergave van de verantwoordelijke opdrachtgevers op het terrein van gezondheidszorg, preventie en welzijnszorg in Engeland (NHS England, 2014; bewerkt door het RIVM)

Wat valt op in Engeland?

Beleidsvrijheid voor Local Authorities
In Engeland is preventie in 2012 grotendeels onder de verantwoordelijkheid van de lokale autoriteiten geplaatst om zo een betere aansluiting te krijgen tussen preventie en publieke taken als onderwijs en welzijnszorg op lokaal niveau. De lokale autoriteiten ontvangen wel een specifiek geoormerkt budget voor publieke gezondheid en moeten ook specifieke preventieve diensten leveren zoals vastgelegd in de wet (bijvoorbeeld voor alcoholgebruik of overgewicht). De geïnterviewde expert gaf aan dat de lokale autoriteiten desondanks een behoorlijke vrijheid hebben en er geen echte *targets* zijn vastgesteld op dit terrein. Wel worden indicatoren op het gebied van publieke gezondheid gemonitord via bijvoorbeeld het *Public Health Outcomes Framework*. Verder valt in het Engelse model op dat de NHS diensten uitvoert waarvoor de lokale autoriteiten verantwoordelijk zijn, bijvoorbeeld als het gaat om health checks voor risicogroepen in de eerstelijnszorg. Vanuit het budget voor publieke gezondheid worden dus preventieve interventies ingekocht die binnen de gezondheidszorg worden uitgevoerd.

Veel aandacht voor (financiële) integratie van preventie, zorg en welzijn
In Engeland is traditioneel veel aandacht voor de aansluiting tussen de domeinen preventie, zorg en welzijn. Bij de invoering van de *Health and Social Care Act* is vastgelegd dat de lokale autoriteiten zogenaamde *Health and Wellbeing Boards (HWB)* dienen op te zetten. Deze *HWBs* hebben de wettelijke opdracht om integratie te bevorderen, de behoeften van de lokale bevolking te monitoren en een *health and wellbeing* strategie op te stellen. In deze lokale besturen zitten vertegenwoordigers van de eerdergenoemde *CCGs*, van de lokale autoriteiten en van een burgervertegenwoordiging (*Healthwatch*). Sinds 2012 zijn er verschillende initiatieven gestart om de integratie van diensten, actoren en budgetten op het gebied van preventie, zorg en welzijn nog verder te verbeteren (zie Paragraaf 5.5).

Invloed van cultuur op financiële keuzes
De geïnterviewde expert gaf ook aan dat het in Engeland politiek gezien moeilijker lijkt om in te grijpen in de NHS dan in andere domeinen zoals publieke gezondheid. Zo is in de afgelopen decennia het NHS budget regelmatig verhoogd terwijl de budgetten van lokale autoriteiten, onder andere voor publieke gezondheid, recent werden gekort (Humphries, 2015; White, 2015).

3.6 Finland

Bronnen
De beschrijving van Finland is gebaseerd op een interview met twee experts en op publicaties van de European Observatory (Vuorenkoski et al., 2008) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015) en op een wetenschappelijke publicatie (Melkas, 2013).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Finse lokale overheid verantwoordelijk voor preventie, zorg en welzijn
De nationale overheid in Finland heeft een beperkte verantwoordelijkheid op het gebied van preventie en heeft vooral een functie in het ondersteunen van lokale overheden. Dit betreft met name informatievoorziening en benchmarking. De verantwoordelijkheid voor preventie en zorg ligt volledig bij de meer dan 300 Finse gemeenten, zoals vastgelegd in de *Primary Health Care Act (1972)* (en de daaropvolgende *Public Health Act* 2010) en de *Health Care Act* (2010). De gemeenten zijn tegelijkertijd verantwoordelijk voor andere domeinen zoals welzijnszorg, transport en educatie. Op dit moment wordt gewerkt aan een hervorming van het stelsel waarbij de verantwoordelijkheid voor preventie, zorg en welzijn zal worden verplaatst van gemeentelijk niveau naar regionaal niveau (zie Tekstbox 3.2).

Tekstbox 3.2: *Social welfare and health care reform* in Finland (Ministry of Social Affairs and Health Finland, 2015)

Momenteel wordt in Finland de zogenaamde *Social welfare and health care reform* voorbereid. Deze hervorming moet leiden tot een verschuiving van verantwoordelijkheden van de lokale naar de regionale overheid. Niet de ruim 300 gemeenten, maar 19 regio's worden verantwoordelijk voor gezondheidszorg, preventie en welzijnszorg. De belangrijkste redenen voor deze hervorming zijn het reduceren van ongelijkheid in gezondheid en welzijn, en kostenbeheersing. Daarnaast wordt met het vergroten van de schaalgrootte gestreefd naar een betere integratie van diensten en versterking van de capaciteit van de regio's.

Financiering en bekostiging

Financiering via belastingen zonder geoormerkt budget
De financiering van preventie vindt voornamelijk plaats via landelijke belastingen. Gemeenten ontvangen hieruit één budget voor de uitvoering van al hun taken. Er is geen geoormerkt budget voor preventie. Gemeenten kunnen daarnaast zelf additionele inkomsten genereren via lokale belastingen en aanspraak maken op projectgerichte financiering vanuit de landelijke overheid voor specifieke preventieprogramma's. Ook vloeit er financiering vanuit de gokindustrie naar *Non-Governmental Organisations (NGOs)* voor het uitvoeren van preventieve interventies. Dit loopt via een fonds van de Finse *Slot Machine Association (RAY)*.

Wat valt op in Finland?

Finland benadert preventie traditioneel vanuit breed maatschappelijk perspectief
Finland staat erom bekend dat het beleid op het terrein van volksgezondheid en preventie vanuit een breed maatschappelijk perspectief wordt opgezet. Zo is Finland sinds de jaren '80 een van de voorlopers in het opzetten van zogenaamde *Health in All Policies*. Dit houdt in dat verschillende domeinen binnen de overheid worden betrokken bij het opzetten van gezondheidsbeleid en dat deze domeinen ook het effect van maatregelen op gezondheid meenemen in hun beleidsvorming. In de revisies van de *Public Health Act* in 2006 en 2010 werd ook vastgelegd dat op lokaal niveau het principe van integraal gezondheidsbeleid moet worden toegepast. Zo bestaan binnen gemeenten zogenaamde *Multisectoral groups for wellbeing and health promotion* die de verschillende beleidsdomeinen samenbrengen (zie Paragraaf 4.4). Daarnaast zijn in de uitvoering zogenaamde *health promotion co-ordinators* in dienst van de lokale overheid. Zij hebben de specifieke taak om integratie tussen de verschillende domeinen te realiseren (zie Paragraaf 5.4).

Hervorming aangekondigd waarbij verantwoordelijkheden verschuiven naar regionaal niveau
Ondanks de helderheid in het huidige Finse systeem wat betreft verantwoordelijkheden, wordt er op dit moment een hervorming voorbereid waarbij verantwoordelijkheden worden overgeheveld naar 19 (te creëren) regio's (zie Tekstbox 3.2). Naast het in de hand houden van de kosten en het reduceren van ongelijkheid, speelt volgens de experts ook mee dat gemeenten laten horen dat hun budgetten beperkt zijn en tegelijkertijd het aantal verantwoordelijkheden en taken te groot is. Gemeenten zullen in het nieuwe systeem nog wel een verantwoordelijkheid hebben in de uitvoering van preventie, maar volgens de experts is het wel de vraag hoe zij gaan reageren op deze verandering. De eventuele baten van preventieve interventies geïnitieerd door de lokale overheid zullen straks namelijk grotendeels bij de regio's terecht komen (*wrong-pocket problem*).

Vrijheid en monitoring van gemeenten
Volgens de wet hebben gemeenten in Finland vrijheid in de organisatie en uitvoering van preventie. Tegelijkertijd is de variatie, en mogelijk ongelijkheid, tussen gemeenten in de uitvoering en effectiviteit van preventie een belangrijk discussiepunt in Finland. Om de ongelijkheid tussen regio's terug te dringen worden de prestaties van gemeenten op het gebied van preventie gemonitord en vergeleken door het *National Institute for Health and Welfare* (THL) (zie Paragraaf 4.2). Daarnaast is de *Health Care Act* (2010) recentelijk aangepast en is de invulling van de preventietaken van gemeenten nader gespecificeerd.

3.7 Oostenrijk

Bronnen
De beschrijving van Oostenrijk is gebaseerd op twee expert interviews en op publicaties van de WHO (Ladurner et al., 2011) en de European Observatory (Hofmarcher en Quentin, 2013).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheden in Oostenrijk niet helder belegd
De verantwoordelijkheid voor preventie en volksgezondheid lijkt, volgens de geïnterviewde experts en literatuur, niet duidelijk belegd in de Oostenrijkse wetgeving. In 1998 is de *Health Promotion Act* aangenomen om de gezondheidsbevordering in Oostenrijk te versterken. Een belangrijk onderdeel van deze wet was de oprichting van het *Fonds Gesundes Österreich* (FGÖ), welke een belangrijke verantwoordelijkheid heeft in de coördinatie en implementatie van gezondheidsbevordering (zie Paragraaf 5.2). De verantwoordelijkheid van de Oostenrijkse (niet concurrerende) sociale verzekeringsfondsen is vastgelegd in de *General Social Insurance Act* (1955) waarin in zeer algemene termen ook verantwoordelijkheden op het terrein van gezondheidsbevordering en ziektepreventie staan beschreven. Om de vier jaar maken de federale overheid en de regionale overheid in Oostenrijk meer concrete afspraken over de verdeling van verantwoordelijkheden en financieringsstromen (artikel 15a van de Oostenrijkse grondwet). In de laatste jaren wordt binnen dit kader meer en meer gestreefd naar een gezamenlijke strategie (zonder wettelijke inbedding) op preventie en gezondheidsbevordering waarin zowel de landelijke overheid, regionale overheid als de verzekeraars verantwoordelijkheden hebben.

Financiering en bekostiging

Gefragmenteerde financiering van preventie in Oostenrijk
De uitgaven aan preventie en gezondheidsbevordering worden in Oostenrijk gefinancierd vanuit belastingen en verzekeringspremies. De onheldere verdeling van verantwoordelijkheden tussen federale overheid, regionale overheid en verzekeraars komt ook tot uiting in de gefragmenteerde financiering. Zo worden de meeste preventieve interventies vanuit verschillende bronnen gefinancierd: landelijke belastingen, regionale belastingen en verzekeringspremies. Ook het eerder genoemde *Fonds Gesundes Österreich* wordt gefinancierd uit verschillende bronnen, namelijk belastinginkomsten op landelijk, regionaal en lokaal niveau.
De bekostiging van zorgverleners bevat in Oostenrijk nauwelijks prikkels voor preventie. Er bestaat wel een financiële prikkel voor ouders om deel te nemen aan screeningsprogramma's voor moeder en kind (tot 5 jaar). Het niet bijwonen van alle eerste 10 afspraken leidt tot een halvering van de *child care benefit*.

Wat valt op in Oostenrijk?

Verzekeraars bieden verschillende vormen van preventie
De verzekeraars in Oostenrijk bieden verschillende vormen van preventieve zorg aan hun verzekerden gericht op het vroeg opsporen van ziekten, zoals *health check-ups*. Daarnaast zijn de verzekeraars ook actief betrokken bij programma's op het gebied ter bevordering van gezonde leefstijl, bijvoorbeeld op het terrein van lichamelijke activiteit en roken.

Gezondheidsdoelen als uitgangspunt voor nationale gezondheidsbevordering strategie
In 2014 is in Oostenrijk door de federale overheid, regionale overheden en verzekeraars een gezamenlijke strategie op gezondheidsbevordering vastgesteld (BMG, 2014). Deze strategie voor de periode 2013-2022 wordt ondersteund door een jaarlijks additioneel budget voor gezondheidsbevordering van €15 miljoen. Centraal onderdeel van het plan vormen de tien landelijke gezondheidsdoelen (*Rahmen-gesundheitsziele*), waaronder het bieden van een gezonde leef- en werkomgeving, het verbeteren van gezondheidsvaardigheden, toegang tot gezonde voeding en het bevorderen van psychosociale gezondheid onder alle bevolkingsgroepen. Ook in andere landen zijn nationale gezondheidsdoelen vastgesteld, bijvoorbeeld in Duitsland (GVG, 2015).

3.8 Spanje

Bronnen
De beschrijving van Spanje is gebaseerd op een expert interview en op publicaties van EuroHealthNet (EuroHealthNet, 2015) en de European Observatory (García-Armesto et al., 2010).[11]

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheid voor preventie belegd bij regionale overheid
Tussen begin jaren '80 en 2002 zijn de verantwoordelijkheden voor preventie en zorg in Spanje stapsgewijs overgeheveld van nationaal naar regionaal niveau en belegd bij de 17 regionale overheden (*Autonomous Communities*). Op landelijk niveau is nog wel vastgelegd welke diensten binnen de *Spanish National health System* (SNS) worden vergoed, waaronder gezondheidszorg maar ook publieke gezondheidsdiensten en gezondheidsbevordering. Iedere regio hanteert wel zijn eigen invulling qua beleid, financiering en bekostiging en organisatie, ook met betrekking tot preventie. In dit model heeft de landelijke overheid vooral een coördinerende en adviserende functie, onder andere via een centraal overleg met afgevaardigden van de 17 regio's; de *Interterritorial Council of the National health System (CISNS)*. Op regionaal niveau is een *regional health service* verantwoordelijk voor het aanbod van preventie en zorg. De regionale overheden hebben veelal eigen wetgeving op het terrein van preventie, wat kan leiden tot sterke variatie tussen de regio's in het aanbod van preventieve maatregelen. De verantwoordelijkheid van lokale autoriteiten (gemeenten) op het terrein van preventie verschilt per regio maar ook binnen regio's, afhankelijk van de afspraken die tussen regionale en lokale overheden zijn gemaakt.

Financiering en bekostiging

Financiering van preventie op basis van belastingen
De landelijke overheid verdeelt belastinginkomsten over de regionale overheden waaruit diensten op het gebied van preventie en zorg, maar ook andere domeinen, moeten worden bekostigd. Er is geen geoormerkte financiering voor preventie. In deze verdeling worden karakteristieken van de regionale populaties, zoals het percentage ouderen, meegewogen. Tot 2001 ontvingen regionale overheden nog een specifiek gezondheidsbudget, maar sindsdien beslissen regionale overheden zelf over de verdeling van middelen tussen preventie, zorg en andere domeinen. Er wordt wel een minimum uitgavenniveau vastgesteld voor de totale uitgaven aan preventie en zorg. Regionale overheden kunnen zelf belastingniveaus aanpassen of additionele belastingen heffen. De inkomsten op regionaal niveau worden verdeeld over *regional health services* (zorgaanbieders) en lokale autoriteiten ten behoeve van preventie.

[11] Voor Spanje ontbreekt de paragraaf "Wat valt op in Spanje?". Het interview en de documentenanalyse leverden hiervoor onvoldoende informatie op.

In de laatste jaren wordt in sommige regio's geëxperimenteerd met nieuwe vormen van bekostiging, onder andere om zorgverleners te stimuleren aan preventie te doen. Zo sluit de regionale overheid in Baskenland contracten af met zorgaanbieders waarin de hoogte van de betaling samenhangt met resultaten, onder andere op het gebied van preventie (zoals het aantal rokers dat meedoet aan een stoppen-met-roken programma).

3.9 Zweden

Bronnen
De beschrijving van Zweden is gebaseerd op publicaties van de European Observatory (Anell et al., 2012) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015) en op een aantal wetenschappelijke publicaties (Jansson en Tillgren, 2010; Linell et al., 2013).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Regionale en lokale overheid verantwoordelijk voor preventie en zorg in Zweden
De verantwoordelijkheden voor preventie en zorg zijn in Zweden vastgelegd in de *Health and Medical Services Act* (1982). In deze wet is bepaald dat de verantwoordelijkheid voor preventie (en zorg) bij de regionale (21 *county councils*) en lokale overheden (290 gemeenten) ligt. De landelijke overheid heeft vooral een functie in het ondersteunen van regionale overheden en in informatievoorziening en onderzoek (bijvoorbeeld via het *Public Health Agency*). De regionale overheid heeft een centrale verantwoordelijkheid in het aanbieden van preventie en zorg, en is daarnaast ook verantwoordelijk voor andere domeinen zoals onderwijs en cultuur. De lokale overheden zijn verantwoordelijk voor preventie en zorg voor specifieke doelgroepen, namelijk kinderen, ouderen en mensen met een handicap (thuiswonend, dan wel in een instelling). De exacte invulling en verdeling van verantwoordelijkheden op het gebied van preventie en gezondheids-bevordering verschilt per regio. De regionale en lokale overheden worden op landelijk niveau vertegenwoordigd door het instituut SALAR (*Swedish Association of Local Authorities and Regions*). In 2003 nam het Zweedse parlement de *Public Health Policy* aan, waarin een nieuwe aanpak op het gebied van volksgezondheid werd vastgelegd (zie ook *Wat valt op in Zweden?*).

Financiering en bekostiging

Financiering van preventie op basis van belastingen geheven op verschillende niveaus
De financiering van preventie in Zweden is gebaseerd op belastingen die worden geheven op landelijk, regionaal en lokaal niveau. Afhankelijk van specifieke afspraken tussen de landelijke, regionale en lokale overheid worden middelen ook overgeheveld van een hoger naar een lager niveau.
Zweden kent geen landelijk systeem voor de bekostiging van zorgaanbieders; iedere regio geeft hier zijn eigen invulling aan. Sommige regio's hanteren vormen van prestatiebekostiging voor de ziekenhuiszorg of de eerstelijnszorg, alhoewel het aandeel hiervan in de totale uitgaven nog beperkt is (CMWF, 2015). De prestaties die worden beloond bevatten ook een aantal preventie-gerichte activiteiten zoals gezondheidschecks voor specifieke leeftijdsgroepen en leefstijl-gerelateerde adviezen of interventies.

Wat valt op in Zweden?

Public Health Policy voor een nieuwe benadering van volksgezondheid
In 2003 werd door het Zweedse parlement een landelijke *Public health policy* aangenomen. Deze strategie omvatte een voor Zweden nieuwe aanpak op het terrein van volksgezondheid, gericht op gezondheidsdeterminanten in plaats van op ziektes, gezondheidsproblemen of sectoren. In de *public health policy* zijn elf domeinen benoemd die dienen als raamwerk voor het volksgezondheidsbeleid, zoals maatschappelijke participatie, leefomstandigheden op het werk en op school, leefstijl en sociaaleconomische omstandigheden. Overheden op alle niveaus (landelijk, regionaal, lokaal) dienen deze elf domeinen als uitgangspunt te hanteren. Het *Public Health Agency of Sweden* is verantwoordelijk voor het monitoren en evalueren van dit beleid. In een recente evaluatie werden door dit instituut twee aanbevelingen gedaan: meer gebruik maken van methoden om volksgezondheid op de voorgrond te brengen zoals health impact assessment en verbeteren van de samenwerking samen met een meer heldere verdeling van verantwoordelijkheden (Linell et al., 2013).

3.10 Zwitserland

Bronnen
De beschrijving van Zwitserland is gebaseerd op een expert interview en op publicaties van de OECD (OECD, 2011), de European Observatory (De Pietro et al., 2015) en het Commonwealth Fund (CMWF, 2015).

Wettelijke verdeling verantwoordelijkheden

Verantwoordelijkheid voor preventie voornamelijk bij regionale overheid
In Zwitserland heeft de federale overheid beperkte verantwoordelijkheid op het gebied van preventie. Zij tracht vooral te zorgen voor ondersteuning van en coördinatie tussen regionale overheden (de 26 *Kantons*). Deze regio's hebben de primaire verantwoordelijkheid op het gebied van preventie. Zij beslissen ook zelf over de uitvoering en invulling van landelijk opgezette programma's, bijvoorbeeld op het gebied van alcohol of roken en screeningsprogramma's. In de meeste regio's zijn de verantwoordelijkheden van de regionale en lokale overheid rondom preventie vastgelegd in regionale wetgeving, zoals de Gezondheidswet (*Gesundheitsgesetz*, 2007) in het kanton Zürich. Lokale overheden hebben vooral uitvoerende taken op het gebied van preventie, met name in de Zwitserse steden. In 1994 trad de Zwitserse *Federal Law on Health Insurance* in werking. Binnen deze wet zijn de concurrerende zorgverzekeraars in Zwitserland verantwoordelijk voor gezondheidszorg inclusief bepaalde preventieve interventies, die vrij specifiek zijn gedefinieerd (zoals vaccinaties en screening). Binnen dit wettelijk kader is ook vastgelegd welke interventies *niet* vergoed worden vanuit de basisverzekering, waaronder leefstijladviezen.

Financiering en bekostiging

Preventie in Zwitserland gefinancierd uit meerdere bronnen
De verschillende overheidslagen in Zwitserland (federaal, regionaal en lokaal) heffen belastingen van waaruit preventieve activiteiten gefinancierd worden. De kantons financieren het grootste deel van de uitgaven aan preventie, overigens zonder dat er een geoormerkt budget voor preventie bestaat. In de praktijk worden meerdere preventieprogramma's door verschillende overheidslagen gezamenlijk gefinancierd. Naast bovengenoemde algemene belastingen worden ook inkomsten uit belastingen op alcohol en tabak ingezet voor gezondheidsbevordering. Deze inkomsten worden via specifieke fondsen uitgekeerd aan kantons en *NGOs* ten behoeve van preventie projecten. *Health Promotion Switzerland* is een ander fonds voor gezondheidsbevordering, waar zorgverzekeraars een vast bedrag (€2) per verzekerde per jaar aan afdragen (zie Paragraaf 5.2).
Zorgverzekeraars betalen vanuit de verzekeringspremies ook specifieke preventieve activiteiten die onder de Zwitserse zorgverzekeringswet vallen. De bekostiging van zorgaanbieders in Zwitserland bevat nauwelijks prikkels voor preventie. Er wordt volgens de geïnterviewde expert gesproken over shared savings programma's maar die worden in de praktijk nog niet uitgevoerd.

"Switzerland is not a best-practice country or a role model for prevention."

Quote expert

Wat valt op in Zwitserland?

Betere coördinatie in organisatie en stroomlijnen financiering moeizaam proces
De mix van financieringsstromen en verantwoordelijke actoren in Zwitserland creëert volgens verschillende bronnen een zeer gefragmenteerd systeem, ook op het gebied van preventie. Op federaal niveau wordt al jaren getracht om een betere coördinatie tussen overheidslagen en tussen regio's te realiseren. Hiermee tracht men ook een efficiënter gebruik van de beschikbare middelen te realiseren. Dit blijkt een moeizaam proces. De introductie van de *Health Insurance Law* in 1994 was een van de laatste hervormingen. In 2012 werd een nieuwe preventiewet aangekondigd die betere afstemming op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering moest realiseren, maar deze werd niet aangenomen door het Zwitserse parlement (zie ook Tekstbox 4.1). Volgens de expert kwam dit voornamelijk door oppositie tegen een grotere invloed op federaal niveau en het belang dat Zwitsers hechten aan vrijheid en eigen verantwoordelijkheid.

Discussie over preventie onder de zorgverzekeringswet
De invoering van de nieuwe preventiewet moest ook zorgen voor een uitbreiding van de rol van huisartsen, en daarmee de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, op het gebied van preventie. Deze uitbreiding was met name gericht op zorggerelateerde preventie voor chronische zieken. Ondanks dat de preventiewet niet is aangenomen, is volgens de geïnterviewde expert de discussie over het verbreden van de zorgverzekering wel doorgezet.

4. Worden de in Nederland ervaren knelpunten ook in het buitenland herkend?

Leeswijzer

Dit hoofdstuk geeft, op basis van interviews met experts en de literatuur, inzicht in de mate waarin de in Nederland ervaren knelpunten ook in het buitenland worden herkend. De knelpunten uit de VWS-werkgroep en de regionale werkconferenties worden in aparte paragrafen een-voor-een doorgenomen. Een toelichting op de knelpunten is terug te vinden in Hoofdstuk 2. Per knelpunt is aangegeven in hoeverre (veelal, gedeeltelijk of nauwelijks) dit knelpunt werd herkend door experts.

4.1 Verschillende definities van preventie in wetten leiden tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden

Wat is het knelpunt?
Binnen de vijf Nederlandse wetten worden verschillende definities van preventie gehanteerd. Het ontbreken van op elkaar aansluitende definities van preventie in de wetgeving leidt tot onduidelijkheid over verantwoordelijkheden.

Knelpunt wordt gedeeltelijk herkend door buitenlandse experts
De onduidelijkheid over verantwoordelijkheden wordt gedeeltelijk herkend door de geïnterviewde experts. Dit is echter niet altijd gelegen in de gehanteerde definities van preventie in verschillende wetten. De wetgeving, en koppeling van wetten aan verantwoordelijke opdrachtgevers, zit in andere landen vaak anders in elkaar. Toch wordt de in Nederland ervaren onduidelijkheid in een aantal landen wel herkend. Zo is in Australië veel discussie over de verantwoordelijkheid van de federale en regionale overheid en heeft iedere regionale overheid ook zijn eigen (invulling van een) wet op de publieke gezondheid. Ook in Zwitserland en Oostenrijk speelt deze discussie. Het probleem lijkt minder te spelen in landen waar preventie grotendeels is belegd bij één actor, zoals Canada (regionale overheid) en Finland en Denemarken (lokale overheid).

Discussie over preventie hangt samen met ‘bredere’ discussies over verdeling verantwoordelijkheden
Discussies over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen verschillende overheidslagen (landelijk, regionaal, lokaal) worden veelal niet specifiek voor preventie gevoerd. Met andere woorden, het gaat niet alleen om de verdeling van verantwoordelijkheden met betrekking tot preventie maar ook om andere domeinen als gezondheidszorg of, nog breder, educatie bijvoorbeeld. De algemene visie op (de)centralisatie van publieke taken staat dus centraal.

Tekstbox 4.1: Zwitserse Preventiewet na 7 jaar niet door parlement

Tussen 2005 en 2012 is in Zwitserland gewerkt aan een Preventiewet op federaal niveau. Doel van deze wet was een betere verankering en verheldering van de verantwoordelijkheden van de verschillende overheden (landelijk, regionaal en lokaal) en de zorgverzekeraars. Een tweede belangrijke doel was het stroomlijnen van de verschillende financieringsstromen voor preventie, voor een efficiënter gebruik van alle middelen. In 2012 is deze nieuwe wet in stemming gebracht, maar afgewezen. Een nieuwe poging om deze wetgeving weer in stemming te brengen wordt op korte termijn niet verwacht.

4.2 Lokale beleidsvrijheid creëert mogelijk ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten

Wat is het knelpunt?
Gemeenten hebben binnen de wetten Wpg, Jw en Wmo vrijheid in het vormgeven van preventie voor risicogroepen. Op deze manier kunnen gemeenten bij het vormgeven van preventieprogramma's aansluiten bij de lokale behoeften. De keerzijde hiervan kan zijn dat er ongewenste verschillen in preventie-aanbod tussen gemeenten ontstaan en dat het krijgen van systematisch inzicht in preventie op landelijk niveau wordt bemoeilijkt.

Knelpunt wordt veelal herkend door buitenlandse experts
De impact van beleidsvrijheid wordt veelal herkend door de buitenlandse experts. In veel landen wordt waarde gehecht aan regionale en/of lokale autonomie, dit heeft vaak een politieke/historische achtergrond. Tegelijk worden de vragen die deze autonomie oproept over mogelijke verschillen in (de kwaliteit van) het aanbod van preventie veelal herkend. Er ontstaan verschillen tussen regio's of gemeenten; sommigen gebieden zijn actief in het aanbieden van preventie terwijl anderen dat veel minder zijn. Deze verschillen kunnen leiden tot een ongewenste variatie in preventie-aanbod.

Schaalgrootte van invloed op invulling van taken door lokale overheid
Verschillende experts gaven aan dat de manier waarop deze beleidsvrijheid wordt ingevuld en de mate waarin ongelijkheid tussen gebieden ontstaat, ook samenhangen met de middelen en mogelijkheden die regionale en vooral lokale overheden hebben. Zo benoemde de Zwitserse expert dat de stedelijke gebieden vaak meer middelen en betere voorzieningen hebben om preventieve maatregelen op te zetten dan uitvoerende partijen in rurale gebieden. Hoe met de genoemde beleidsvrijheid wordt omgegaan hangt dus niet alleen samen met de actieve of inactieve houding op bestuurlijk of uitvoerend niveau.

Verschillende voorbeelden van maatregelen om mogelijk negatieve gevolgen van beleidsvrijheid in te perken
In de onderzochte landen zien we dat op verschillende manieren wordt getracht om de mogelijk negatieve gevolgen van meer beleidsvrijheid in te perken. Een eerste optie is het aanpassen van de wetgeving. De Duitse expert gaf aan dat een meer strikte inkadering van preventieve maatregelen nodig is om de vrijheid van zorgverzekeraars te beperken (om preventie gericht op het aantrekken van gezonde populaties – risicoselectie – te voorkomen). Een andere optie is het stellen van voorwaarden aan financiering en bekostiging. Zo ontvangen lokale overheden in Canada middelen vanuit de provincies, maar moeten zij in sommige regio's laten zien dat aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Tot slot kan ook worden gedacht aan monitoring of benchmarking van bijvoorbeeld lokale overheden om eenduidigheid te stimuleren en ongewenste verschillen te voorkomen, zoals in Finland (zie Tekstbox 4.2) en Denemarken.

Tekstbox 4.2: Het Finse 'Dashboard' (THL, 2015)

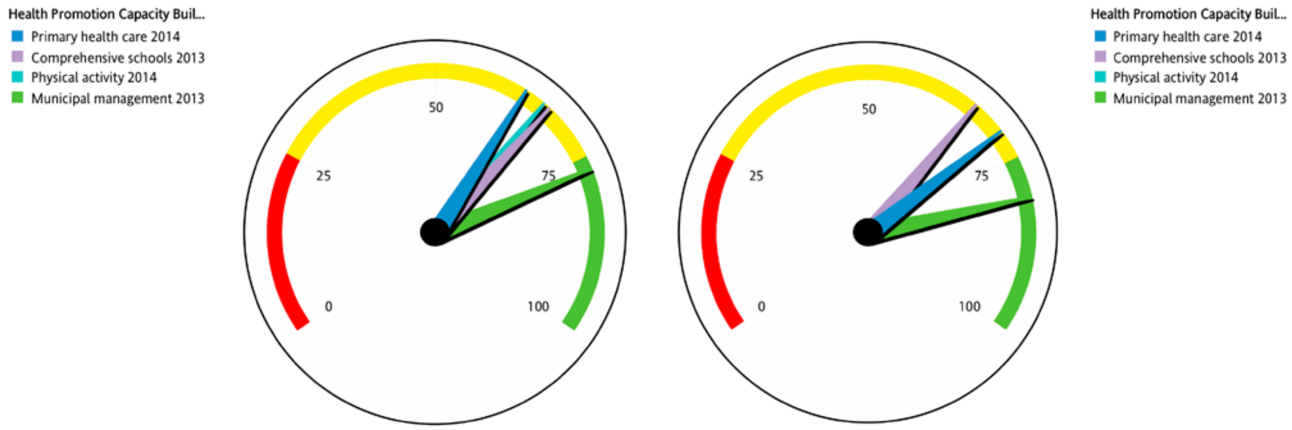
In Finland is in de afgelopen jaren een landelijk monitoringssysteem opgezet, genaamd *TEAviisari*, door het *National Institute for Health and Welfare (THL)*. Dit systeem moet dienen als landelijke benchmarking tool voor het managen, plannen en evalueren van activiteiten op het gebied van gezondheidsbevordering in gemeenten. Naast gemeenten geeft het systeem ook informatie over scholen. *TEAviisari* kan worden gezien als voorbeeld van een instrument om de mogelijk negatieve gevolgen van beleidsvrijheid voor gemeenten te beperken. Tegelijkertijd dient het als tool voor lokale beleidsmakers. Het systeem is gebaseerd op een raamwerk bestaande uit een aantal dimensies zoals: management, monitoring en in kaart brengen van lokale behoeften en participatie. Figuur 4.1 toont een voorbeeld vanuit *TEAviisari* en laat de scores van twee Finse gemeenten zien voor 'capacity building' op het gebied van gezondheidsbevordering.

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

TEAviisari

Pair Comparison

Regions: Pirkanmaa Hospital District, Helsinki and Uusimaa Hospital District



Health Promotion Capacity Building	Score (0–100)	Whole Country
Primary health care 2014	63	66
Comprehensive schools 2013	67	66
Physical activity 2014	66	67
Municipal management 2013	77	72

Health Promotion Capacity Building	Score (0–100)	Whole Country
Primary health care 2014	71	66
Comprehensive schools 2013	66	66
Physical activity 2014	71	67
Municipal management 2013	81	72

Score describes the percentage of the maximum points. The whole country score is the population-weighted average of all the respondents. In 2008 health centre data, for each dimension about ten health centres received 75 points or more, which is the basis of the green area in the gauge. The red area was determined equally large.

1 | 24.9.2015 | © THL 2010-2011 - Terveyden ja hyvinvoinnin laitos | www.thl.fi

Figuur 4.1: Monitoring van gemeenten in Finland – voorbeeld van scores op capacity building voor gezondheidsbevordering in twee Finse gemeenten (THL, 2015)

4.3 Baten van investeren in preventie slaan niet altijd of niet in zijn geheel neer bij ‘investeerder’

Wat is het knelpunt?
De kosten en baten van preventieve maatregelen slaan altijd of niet in zijn geheel neer bij dezelfde actor in het zorgstelsel. Dit kan leiden tot terughoudendheid in het doen van investeringen en tot het afschuiven van kosten op andere domeinen of actoren.

Wrong-pocket problem veelal herkend door buitenlandse experts
Het probleem dat kosten en baten bij verschillende actoren in het stelsel terecht komen en daarmee mogelijk leiden tot afwentelingsproblemen, wordt veelal herkend door de buitenlandse experts. Het lijkt erop dat dit probleem naar voren komt zodra er meerdere actoren betrokken zijn bij het financieren en bekostigen van preventie en zorg. Wanneer, zoals in Finland, één actor verantwoordelijk is voor alle diensten op het terrein van preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg, speelt dit knelpunt niet of in beperkte mate. In andere systemen, waar de verantwoordelijkheden zijn verdeeld tussen overheidslagen (federaal-regionaal-lokaal), binnen overheidslagen (departement volksgezondheid versus andere departementen), of tussen zorgverzekeraars en overheid speelt dit knelpunt wel.

Samenhang met onduidelijke verantwoordelijkheden en beleidsvrijheid
De mate waarin, als gevolg van het *wrong-pocket problem*, terughoudendheid in investeren en afwenteling optreedt, wordt uiteindelijk mede beïnvloed door de manier waarop de verantwoordelijkheden (wettelijk) zijn belegd en de mate van beleidsvrijheid van de verschillende actoren. Naarmate deze vrijheid groter is zal er meer ruimte zijn voor afwenteling en het afschuiven van kosten. Ook de mate waarin er sprake is van een geoormerkt budget voor preventie zal hierop van invloed zijn.

Tekstbox 4.3: Samenvoegen van budgetten als oplossingsrichting?

In Engeland wordt de laatste jaren veel aandacht besteed aan het integreren van preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg en het verbeteren van de coördinatie tussen verantwoordelijke actoren binnen deze domeinen, bijvoorbeeld via de *Health and Wellbeing Boards* (zie Paragraaf 3.5). Daarnaast wordt er ook geëxperimenteerd met het samenvoegen van de budgetten voor preventie, zorg en welzijn (zie Paragraaf 5.5). Deze ontwikkelingen dragen mogelijk bij aan het voorkomen van afwenteling, doordat verschillende actoren gezamenlijk verantwoordelijk worden voor diensten en financiën, en effecten (gedeeltelijk) op dezelfde plek terecht komen.

4.4 Wettelijk vastgelegde ‘bevorderen van afstemming’ levert niet automatisch de beoogde samenwerking op

Wat is het knelpunt?
In de Nederlandse wetgeving is vastgelegd dat gemeenten en zorgverzekeraars moeten investeren in onderlinge afstemming. Dit komt door cultuurverschillen en tegenstelde belangen echter niet automatisch tot stand. Op het niet voldoen aan deze wettelijke verplichting staan geen sancties.

Samenwerking blijkt in meeste landen niet vastgelegd in wetten
De meeste experts geven aan dat in hun land samenwerking tussen opdrachtgevers niet als zodanig in de wet is vastgelegd zoals in Nederland. Engeland is een voorbeeld waar dit wel is gedaan, aangezien de taak van het bevorderen van samenwerking en integratie tussen de domeinen preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg bij wet is belegd bij de *Health and Wellbeing Boards* (Humphries en Galea, 2013). In Finland is de verplichting tot samenwerking tussen departementen binnen een gemeente wettelijk vastgelegd. In Denemarken is wettelijk vastgelegd dat regionale overheden de lokale overheid moeten adviseren en ondersteunen, sinds in 2007 verantwoordelijkheden van de regionale overheid naar de

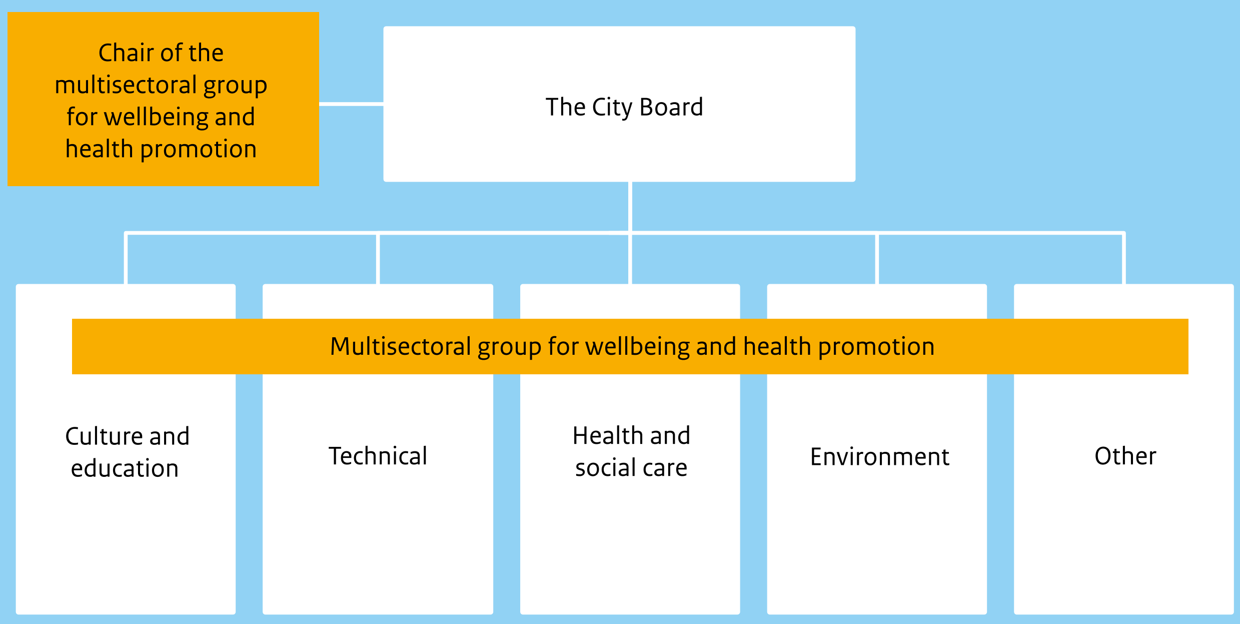
lokale overheid zijn overgeheveld. In beide gevallen zijn er, net als in Nederland, geen sancties wanneer aan deze verplichtingen niet wordt voldaan.

Gebrek aan samenwerking veelal herkend, mogelijke oplossingen in bestuurlijke structuur

Het probleem van een gebrek aan samenwerking en coördinatie tussen verschillende opdrachtgevers wordt veelal herkend door de buitenlandse experts. In sommige landen wordt daarom de bestuurlijke of organisatorische structuur aangepast. Zo worden in Canada zowel horizontaal (binnen een overheidslaag) als verticaal (tussen overheidslagen) zogenaamde *discussion tables* opgezet voor een betere afstemming tussen de verschillende actoren, ook op het gebied van preventie. Daarnaast werd door de Canadese expert aangegeven dat het van belang is om aan de verschillende *executive tables* iemand te hebben zitten die primair verantwoordelijk is voor publieke gezondheid. Deze persoon tracht ook een betere afstemming tussen verantwoordelijke actoren te realiseren (zie Paragraaf 5.7). In Finland zijn structuren ontwikkeld om horizontale afstemming tussen domeinen een gemeente te bevorderen, zoals de *Multisectoral group for wellbeing and health promotion* (zie Tekstbox 4.4) en *de health promotion coördinator* (zie Paragraaf 5.4).

Tekstbox 4.4: *Multisectoral group for wellbeing and health promotion* in Finland

Finland kent op lokaal niveau een zogenaamde *Multisectoral group for wellbeing and health promotion* die tot doel heeft de verschillende domeinen binnen de gemeente samen te brengen. Het doel hiervan is eenduidig beleid te realiseren gericht op de verschillende determinanten van gezondheid. Finland staat internationaal bekend als voorloper op het gebied van dergelijk integraal gezondheidsbeleid (zie ook Paragraaf 3.6).



4.5 Zorgverzekeraar/zorgkantoor wordt beperkt door wettelijke kaders

Wat is het knelpunt?
Preventieprojecten gericht op groepen met een verhoogd gezondheidsrisico, zoals een gemeentelijke wijkaanpak, vallen niet onder de aanspraken binnen de Zvw, waardoor zorgverzekeraars dergelijke projecten alleen vanuit eigen middelen kunnen bekostigen. Een vergelijkbare beperking bestaat voor de zorgkantoren, aangezien Wlz-middelen alleen kunnen worden besteed aan zorgfuncties voor cliënten met Wlz-indicatie.

Wettelijke beperking zorgverzekeraar nauwelijks herkend door buitenlandse experts
Het probleem van wettelijke grenzen wordt nauwelijks herkend door de buitenlandse experts. In Nederland heeft dit knelpunt vooral betrekking op de zorgverzekeraars. Van de drie andere landen waar zorgverzekeraars een belangrijke rol spelen (Duitsland, Oostenrijk en Zwitserland) wordt het probleem alleen herkend door de Zwitserse expert. In Zwitserland is een enigszins vergelijkbare beperking zichtbaar voor professionals in de gezondheidszorg, en daarmee indirect ook voor de verzekeraar, aangezien daar expliciet wordt gedefinieerd welke handelingen een huisarts *niet* mag doen binnen de Zwitserse zorgverzekeringswet. Zo mag de huisarts geen begeleiding/advisering met betrekking tot gezondheids-bevordering doen. In Duitsland daarentegen krijgen de zorgverzekeraars zelfs expliciet de (financiële) verantwoordelijkheid om in settings als wijken en op scholen te investeren in preventie.

4.6 (Kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen is onbekend

Wat is het knelpunt?
De (kosten)effectiviteit van preventieve interventies staat regelmatig ter discussie. Een gebrek aan (kennis over) wetenschappelijk bewijs op dit terrein kan ertoe bijdragen dat financiers terughoudend zijn in het investeren in preventie.

Discussie over (kosten)effectiviteit wordt veelal herkend
Onbekendheid met (het bewijs van) de (kosten)effectiviteit van preventieve maatregelen wordt veelal herkend door buitenlandse experts en lijkt vrijwel overal een discussiepunt. Dit geldt met name voor gezondheidsbevordering (voor ziektepreventie is veelal harder bewijs voorhanden). Er zijn verschillende actoren die het gebrek aan empirisch bewijs over effectiviteit gebruiken in discussies over verantwoordelijkheden en financiering. Zo gebruikten volgens de Zwitserse expert bepaalde lobbygroepen (uit de alcohol- en tabaksindustrie) in Zwitserland het gebrek aan bewijs om te voorkomen dat nieuwe preventieve maatregelen zouden worden ingevoerd. In Canada wordt dit punt gebruikt in politieke debatten over de verantwoordelijkheden van de verschillende overheidslagen. De mogelijke impact van deze discussie verschilt overigens wel tussen landen. Zo lijkt er in Finland en Duitsland, althans volgens de geïnterviewde experts, minder sprake van dat dergelijke discussies ook daadwerkelijk het investeren in preventie beïnvloeden. De discussie speelt meer op landelijk niveau, en gaat dan over hoe richting moet worden gegeven aan preventiebeleid en minder over het al dan niet investeren in preventie.

Grotere 'burden of proof' voor preventie ten opzichte van gezondheidszorg
In de discussies over dit knelpunt stellen verschillende experts hun vraagtekens bij de manier waarop preventieve interventies worden beoordeeld. Zo vindt men dat van preventieve interventies onterecht eenzelfde bewijslast wordt gevraagd als voor medische behandelingen. Het duurt namelijk veel langer voordat preventieve interventies daadwerkelijk gezondheidseffecten laten zien en de relatie met de interventie is van nature moeilijker aan te tonen.

4.7 Er is gebrek aan structurele financiering en bekostiging

Wat is het knelpunt?
In Nederland worden veel preventieve maatregelen op projectmatige wijze gefinancierd. Na afloop van het project blijkt het in de praktijk lastig om voor het initiatief structurele bekostiging te realiseren. Het gebrek aan empirisch bewijs en het *wrong-pocket problem* spelen hierbij een rol.

Probleem van niet-structurele financiering en bekostiging veelal herkend
Het probleem van niet-structurele financiering en bekostiging wordt veelal herkend in het buitenland. Net als in Nederland wordt in het buitenland, zeker op het gebied van selectieve preventie vaak op projectbasis gewerkt en gefinancierd. Veel projecten worden niet verlengd als gevolg van het gebrek aan structurele middelen. Mogelijke redenen hiervoor zijn een gebrek aan empirisch bewijs omtrent (kosten)effectiviteit na afloop van projecten, maar ook dat de baten niet terecht komen bij de actor die de investering doet. Verder hangt het in sommige gevallen, zoals in Australië, ook samen met de bestuurlijke invulling (lokale overheden werken met 3-jaars termijnen), waardoor om de paar jaar nieuwe keuzes worden gemaakt over de besteding van middelen.

"We are very good at doing pilot programs, but not at scaling them up."

Quote expert

Verschillende experts sceptisch over potentie van pilots
Verschillende experts waren sceptisch over de potentie van kleinschalige pilots om positieve resultaten te kunnen boeken en zo empirisch bewijs voor een structurele inbedding van preventie te vergaren. Het belangrijkste probleem dat zij hierbij aangaven was dat in dergelijke kleinschalige pilots niet de benodigde structurele gedragsverandering en institutionele veranderingen gerealiseerd worden. Als de kritische massa van zorgverleners niet dezelfde prikkel ervaart als de zorgverleners binnen de kleinschalige pilots, is het moeilijk om positieve resultaten te realiseren. Daarnaast is het zo dat pilots vaak een te korte follow-up periode hebben om positieve resultaten te laten zien zowel in termen van gezondheidsuitkomsten als in termen van zorguitgaven. Dit versterkt weer het probleem van een gebrek aan kennis over (kosten)effectiviteit van preventieve interventies.

4.8 Er bestaan cultuurverschillen tussen groepen professionals

Wat is het knelpunt?
In de uitvoering van preventieve interventies kunnen verschillende typen professionals, zowel in de gezondheidszorg als in de publieke gezondheid, een rol spelen. Deze groepen spreken een andere 'taal', hebben een andere cultuur, waardoor de uitvoering soms moeilijk tot stand komt.

De verschillen in cultuur tussen professionals in de publieke gezondheid en gezondheidszorg worden veelal herkend
De meeste experts herkennen de scheidslijn tussen professionals werkend binnen de publieke gezondheid en binnen de gezondheidszorg, alhoewel het probleem niet overal in dezelfde mate speelt. Dit hangt mede samen met de organisatie van preventie en zorg in de praktijk. Zo zijn de functies publieke gezondheid en eerstelijnszorg in Denemarken onder een dak te vinden, waardoor het knelpunt daar, volgens de Deense expert, niet sterk aanwezig is. In Zwitserland wordt momenteel deelname aan training in gezondheidsbevordering door huisartsen gestimuleerd. Ook de gezondheidszorgopleidingen aan Zwitserse universiteiten besteden in toenemende mate aandacht aan gezondheidsbevordering.

Historische scheiding publieke gezondheid en gezondheidszorg draagt volgens experts bij aan knelpunten
Meerdere geïnterviewde experts bevestigden dat de historisch gegroeide scheiding tussen publieke gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg sterk bijdraagt aan de ervaren knelpunten rondom preventie. De publieke gezondheidszorg is in het verleden opgezet om in de lokale setting infectieziekten te bestrijden. De curatieve gezondheidszorg is vanuit de historie ingericht op het behandelen van acute ziekten, in eerste instantie voornamelijk in een ziekenhuissetting. Er lijken twee 'aparte werelden' te zijn ontstaan die samen moeten komen om aan de hedendaagse gezondheidsproblemen/risico's het hoofd te kunnen bieden. Dit vraagt om een (nieuwe) visie op de aansluiting tussen publieke gezondheid en de gezondheidszorg.

"The organization and financing of preventive services and our health care services is not set-up for the big problems that we are facing, such as childhood obesity. So, how do we re-engineer these systems to meet today's challenges?"

Quote expert

4.9 Er is gebrek aan burgerparticipatie

Wat is het knelpunt?
Het idee heerst dat burgers in Nederland nog onvoldoende worden betrokken bij het opzetten en implementeren van preventieve interventies. Mogelijk sluiten preventieve interventies hierdoor onvoldoende aan bij de behoeften van mensen.

Gebrek aan burgerparticipatie veelal herkend
De meeste experts gaven aan dat de gemiddelde burger slechts beperkt betrokken is bij de vormgeving en implementatie van preventieve maatregelen in hun land. De mate waarin dit als probleem wordt ervaren, verschilt wel. De Deense expert gaf bijvoorbeeld aan dat de mate van burgerparticipatie wellicht beter zou kunnen, maar dat dit volgens hem niet echt een onderwerp van discussie is. In Engeland en Finland zijn wel vormen ontstaan om de stem van de burger een plek te geven, maar is het effect daarvan (nog) onduidelijk. Zo zijn lokale autoriteiten in Engeland verplicht om een lokale organisatie (*Healthwatch*) te contracteren die op haar beurt moet zorgen voor het betrekken van burgers en de stem van de burger moet vertegenwoordigen in de lokale *Health and Wellbeing Board*. Uit een eerste inventarisatie blijkt dat de kennis, capaciteit en legitimiteit van deze organisaties moet worden versterkt (Gilburt et al., 2015).

Betrokkenheid burgers niet automatisch versterkt door verantwoordelijkheid neer te leggen bij lokale overheid
In verschillende landen zijn verantwoordelijkheden voor preventie voor een (belangrijk) deel bij lokale overheden belegd. De veronderstelling kan zijn dat zo via de democratische weg wordt gezorgd voor meer betrokkenheid van en verantwoording aan de burgers. Verschillende experts, onder andere in Engeland en Australië, benoemden dat dit wellicht nog niet zo werkt. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat het preventiebudget op lokaal niveau niet geoormerkt wordt in het totale budget (genoemd door Australische expert), maar ook door het gebrek aan bekendheid over mogelijkheden voor preventieve interventies bij de lokale bevolking. Hierdoor speelt preventie en publieke gezondheid een beperkte rol in het lokale politieke debat.

4.10 Urgentie/verantwoordelijkheid wordt niet overal gevoeld

Wat is het knelpunt?
De noodzaak tot het uitvoeren van preventieve interventies wordt niet door alle partijen gevoeld. Zo zien zorgverleners in de gezondheidszorg preventie niet altijd als een van hun 'kerntaken'. Dit knelpunt wordt mogelijk versterkt door de manier van bekostigen van zorgaanbieders (betalen per behandeling).

Het gebrek aan urgentie/verantwoordelijkheid veelal herkend
De geïnterviewde experts herkennen veelal een gebrek aan urgentie/verantwoordelijkheid bij zorgverleners. Met andere woorden, zorgverleners (bijvoorbeeld in de eerstelijnszorg) voelen zich ook in andere landen niet altijd verantwoordelijk voor preventie gericht op risicogroepen of preventie in het algemeen. Alleen de twee Finse experts meldden expliciet dat dit in hun land niet zozeer een knelpunt lijkt te zijn.

Internationaal wordt in beperkte mate gebruik gemaakt van financiële prikkels gericht op zorgverleners ter stimulering van preventie
Vaak wordt gesteld dat het gebrek aan urgentie in de gezondheidszorg wordt versterkt door de manier waarop zorgverleners betaald worden (betaling per behandeling). Toch worden in de meeste landen slechts in beperkte mate structurele veranderingen in de bekostiging doorgevoerd. Wel wordt op verschillende plekken geëxperimenteerd met andere bekostigingsmethoden (Cashin et al., 2014), ook in een aantal van de in dit onderzoek betrokken landen (zie Tekstbox 4.5). Deze initiatieven lijken nog wel voornamelijk gericht op zorggerelateerde preventie bij mensen met een chronische aandoening. In Zwitserland werd met de nieuwe preventiewet getracht om de rol van de huisarts bij preventie te vergroten, door middel van het uitbreiden van de basisverzekering. Volgens de expert wordt ondanks het niet doorgaan van deze wet, de discussie over deze uitbreiding momenteel wel doorgezet.

Tekstbox 4.5: Internationale voorbeelden van financiële prikkels gericht op zorgverleners

In verschillende landen wordt getracht om via financiële prikkels zorgverleners te stimuleren om aan preventie te doen. Deze prikkels richten zich vooral op preventie in de eerste lijn en in de ziekenhuiszorg, en daarmee vooral op zorggerelateerde preventie (het voorkomen van verergering van ziekte of complicaties voor chronisch zieken). In de landen die in dit onderzoek aan de orde komen, zijn verschillende voorbeelden te vinden van dergelijke financiële prikkels, zoals het *Practice Incentives Program* in Australië, het *Quality Outcomes Framework* in Engeland en disease management programma's (DMP's) in Duitsland (Cashin et al., 2014).

5. Welke mogelijke oplossingsrichtingen bieden de tien landen?

Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft mogelijke oplossingsrichtingen voor Nederland die in de interviews met de buitenlandse experts aan bod zijn gekomen. Het hoofdstuk bevat, zoals eerder beschreven, geen uitputtende lijst van oplossingsrichtingen.

5.1 De Duitse preventiewet

De preventiewet in Duitsland geeft grotere verantwoordelijkheid aan de zorgverzekeraar
In 2015 is in Duitsland een nieuwe preventiewet ingevoerd (zie Tekstbox 5.1). Deze wet vertaalt de hernieuwde landelijke visie op de organisatie en financiering van preventie. Volgens de Duitse overheid wordt het belang van preventie op deze manier sterker verankerd en stimuleert het de ondersteuning van burgers in het leiden van een gezond leven thuis, op het werk, op school of in een (zorg)instelling (BMG, 2015). Middels de wet wordt ook getracht de verantwoordelijkheden van verschillende opdrachtgevers te verhelderen en de onderlinge samenwerking te bevorderen. Een belangrijk onderdeel van de wet betreft een verplichte besteding aan preventieve interventies van gemiddeld €7 per verzekerde per jaar die iedere verzekeraar moet doen. Naast Duitsland is ook in Zwitserland getracht een preventiewet te introduceren om verantwoordelijkheden voor preventie te verhelderen en de verschillende financieringsstromen voor preventie te stroomlijnen. In Zwitserland is deze wet uiteindelijk niet door het parlement gekomen (zie Tekstbox 4.1).

Tekstbox 5.1: Kernpunten Duitse preventiewet (BMG, 2015)

1) Samenwerking versterken tussen verantwoordelijke opdrachtgevers, zoals verzekeraars en *Länder*, en jaarlijks vaststellen van gezamenlijke doelen
2) Verantwoordelijkheid voor preventie in de langdurige zorg is vastgelegd
3) Grotere (controle op) deelname aan vaccinaties
4) Verdere ontwikkeling van vroegopsporing bij kinderen, jongeren en volwassenen
5) Verzekeraars investeren €500 miljoen (€7 per verzekerde per jaar) in gezondheidsbevordering en preventie, grotendeels gericht op preventie op bijvoorbeeld scholen of op het werk (€300 miljoen)
6) Extra middelen voor zelfhulpprogramma's

Preventiewet draagt bij aan het verhelderen van verantwoordelijkheden en structurele bekostiging
Volgens de geïnterviewde expert is de algemene opinie in Duitsland dat de invoering van de preventiewet een stap voorwaarts is voor het beter inbedden en borgen van preventie in het Duitse zorgstelsel. De wet biedt een meer heldere verdeling van verantwoordelijkheden en een structureel budget voor preventie. Volgens de expert speelt momenteel echter ook de discussie in hoeverre zorgverzekeraars de voor preventie gealloceerde middelen zullen inzetten - als marketing instrument - om een gezonde jonge populatie aan te trekken (risicoselectie). Dit kunnen verzekeraars doen door voor hen aantrekkelijke preventieve interventies aan te bieden, zoals *wearables*. De vraag rijst of additionele voorwaarden bij de verplichte bijdrage nodig zijn.

5.2 Het Oostenrijkse ‘Gezondheidsfonds’

Gezondheidsfonds Oostenrijk zorgt voor stroomlijning financiering en coördinatie tussen opdrachtgevers
In 1998 werd in Oostenrijk de *Health Promotion Act* ingevoerd. Als onderdeel van deze wet werd een gezondheidsfonds *(Fonds Gesundes Österreich)* opgericht van waaruit projecten en initiatieven op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie gefinancierd worden. Dit nationale fonds is opgericht om, onder andere, te zorgen voor duurzame financiering, gecoördineerde organisatie van preventieve interventies en het ontwikkelen van nieuwe gezondheidsbevordering programma's. Het totale budget (jaarlijks €7 miljoen) wordt bijeengebracht door wettelijk vastgelegde bijdragen van federale, regionale en lokale overheden via belastingen. Inmiddels is in Oostenrijk ook door de verzekeraars en regionale overheden gezamenlijk een additioneel fonds voor gezondheidsbevordering opgericht waar voor de periode 2013-2022 jaarlijks €15 miljoen euro naartoe gaat. Naast Oostenrijk zijn ook in andere landen dergelijke fondsen opgericht (zie Tekstbox 5.2).

Tekstbox 5.2: Gezondheidsfondsen in landen naast Oostenrijk

De oprichting van een fonds voor preventie of gezondheidsbevordering is niet uniek voor Oostenrijk (Schang et al., 2012). Zo is in Zwitserland in de zorgverzekeringswet vastgelegd dat iedere verzekeraar jaarlijks €2 per verzekerde stort in het fonds *Health Promotion Switzerland*. Dit fonds wordt beheerd door vertegenwoordigers van verschillende stakeholders en wordt net als in Oostenrijk ingezet voor preventieprojecten. Een ander voorbeeld in Zwitserland is het *Tobacco Prevention Fund*, dat wordt beheerd door het *Federal Office of Public Health (FOPH)*. Per verkocht pakje sigaretten wordt 2,6 *centimes* afgestaan aan dit fonds. De ongeveer €12 miljoen per jaar die hieruit voortvloeit wordt ingezet voor preventieve interventies gericht op roken.

Een vergelijkbaar voorbeeld is te vinden in de staat Victoria in Australië (zie ook Paragraaf 5.6). Met de introductie van de *Tobacco Act* (1987) werd in Victoria de belasting op sigaretten verhoogd van 25 naar 30%. In de wet werd ook vastgelegd dat de extra inkomsten uit deze verhoging bestemd zijn voor het fonds *VicHealth*. *VicHealth* zet deze additionele inkomsten vervolgens in voor activiteiten op het vlak van gezondheidsbevordering.

In Duitsland zijn voorstellen voor een op te richten preventiefonds tweemaal (in 2005 en 2007) gestrand. Met de recent ingevoerde preventiewet is wel een geoormerkte financieringsstroom voor preventie gerealiseerd. Iedere verzekeraar is nu bij wet verplicht €7 te besteden aan preventie. Het karakter van deze maatregel is wel anders dan bovengenoemde fondsen, aangezien iedere zorgverzekeraar in Duitsland dit ‘budget’ zelf beheert. Daarnaast is er geen aparte organisatie/stichting opgericht die besluit over de allocatie van de middelen.

Gezondheidsfonds mogelijke oplossingsrichting voor gebrekkige afstemming
Met de oprichting van een gezondheidsfonds, of de geoormerkte financiering in Duitsland, wordt een meer stabiele inkomstenstroom gegenereerd die kan worden ingezet voor preventieve activiteiten. Wanneer, zoals in Oostenrijk en Zwitserland, de verantwoordelijke actoren hieraan deelnemen en bijdragen, kan dit de afstemming bevorderen. Daarnaast kan een dergelijk fonds de terughoudendheid om te investeren in preventie, als gevolg van bijvoorbeeld het *wrong-pocket problem*, reduceren. Een belangrijke kanttekening bij bovengenoemde voorbeelden, met uitzondering van Duitsland, is dat de omvang van de fondsen relatief beperkt is. Ook blijkt dat het opzetten van een dergelijk fonds leidt tot nieuwe vragen over de afstemming met andere financieringsbronnen voor preventie (Schang et al., 2012).

5.3 Shared savings in Gesundes Kinzigtal

Financiële prikkels voor zorgverleners
Gesundes Kinzigtal (GK) is een joint venture van een regionaal netwerk van artsen en het *health management bureau* OptiMedis AG[12] (Busse en Blümel, 2014). Sinds 2009 is GK verantwoordelijk voor het gehele budget preventie en zorg voor ruim 30.000 inwoners in de regio Kinzigtal. Deze mensen zijn verzekerd bij een van de twee bij GK aangesloten zorgverzekeraars. Doel van GK is het realiseren van een lagere schadelast dan het ‘virtuele’ budget dat de zorgverzekeraars

[12] Zie http://www.gesundes-kinzigtal.de/en/ voor meer info.

ontvangen voor deze groep verzekerden. Het contract tussen de verzekeraars en GK betrof in eerste instantie een periode van 10 jaar. De gerealiseerde besparingen worden gedeeld tussen de zorgverzekeraar en GK (*shared savings*). GK contracteert zorgverleners voor het uitvoeren van preventieve interventies bovenop de bestaande bekostiging van zorgaanbieders. Daarnaast bevordert GK de gezondheid van de populatie door bijvoorbeeld een financiële bijdrage aan sportverenigingen en fitness centra.

Model Gesundes Kinzigtal mogelijk oplossingsrichting voor wrong-pocket problem
Het model biedt een oplossingsrichting voor het *wrong-pocket problem*. In het model van GK ontvangt de investeerder ook (een deel van) de baten, in termen van de gerealiseerde besparingen. Onduidelijk is nog in hoeverre de gerealiseerde besparingen zijn toe te schrijven aan het effect van preventieve interventies of aan het efficiënter inrichten van het zorgsysteem. In het tweede geval is het shared savings model mogelijk geen oplossing voor het stimuleren en inbedden van preventie.

Tekstbox 5.3: *Shared savings* contracten bij *Accountable Care Organizations* in de VS (Ruwaard et al., 2015)

In verschillende landen wordt getracht om via financiële prikkels zorgverleners te stimuleren aan preventie te doen. In de Verenigde Staten wordt al enkele jaren gewerkt met nieuwe bekostigingsmodellen voor zorgverleners. Dit heeft geleid tot de oprichting van *Accountable Care Organizations (ACOs)* die werken met zogenaamde *shared savings* contracten analoog aan Gesundes Kinzigtal. De *ACOs* accepteren via het *shared savings* contract de verantwoordelijkheid voor zowel de kwaliteit als de kosten van zorg voor de populatie. Op deze manier worden de zorgaanbieders gestimuleerd te investeren in preventie (met name gericht op geïndiceerde preventie en zorggerelateerde preventie). Net als bij de casus GK is het ook hier onduidelijk in hoeverre gerealiseerde kostenbesparingen toegeschreven kunnen worden aan preventieve interventies of aan een efficiëntere zorgverlening.

5.4 De Finse *Health Promotion coordinator*

Het coördineren van de afstemming tussen preventie, zorg en welzijn als kerntaak
In Finland zijn gemeenten verantwoordelijk voor (onder andere) preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg. Om de coördinatie tussen deze en andere domeinen te bevorderen is sinds een aantal jaren de *health promotion coordinator* functie ingesteld op gemeenteniveau (zie Tekstbox 5.4). Deze persoon heeft als primaire taak om de verschillende domeinen binnen de gemeente samen te brengen en ook de coördinatie met organisaties buiten de gemeente, zoals sport-verenigingen, te bevorderen. Op dit moment is volgens de geïnterviewde Finse expert, in iets meer dan de helft van de Finse gemeenten een dergelijke coördinator werkzaam. Volgens de expert is het van belang dat deze functie op centraal niveau in de gemeente wordt gepositioneerd, en niet vanuit een van de domeinen zoals gezondheidszorg. De coördinator maakt in veel gevallen ook gebruik van de *Multisectoral group for wellbeing and health promotion* (onder het gemeentebestuur, zie Paragraaf 4.4) waarin verschillende domeinen zijn vertegenwoordigd. De *health promotion coordinator* functie kan een oplossingsrichting vormen voor het gebrek aan afstemming tussen opdrachtgevers en mogelijk ook voor de kloof tussen de domeinen publieke gezondheidszorg en gezondheidszorg.

Tekstbox 5.4: Voorbeelden van taken van de *health promotion coordinator* in Finland (op basis van expert interview)

- rapporteren over de gezondheid van de populatie aan het gemeentebestuur
- deelnemen aan bestuurlijk overleg op gemeenteniveau
- coördineren van het *welfare report* dat iedere gemeente moet opstellen
- coördineren van werkzaamheden tussen gemeente en organisaties en bedrijven buiten de gemeente ten behoeve van gezondheidsbevordering
- verspreiden van *best practices* op het gebied van gezondheidsbevordering
- ondersteunen van de implementatie van nationale gezondheidsprogramma's

5.5 *Joint and integrated commissioning* in Engeland

Afstemming tussen financiers van preventie, zorg en welzijn in Engeland
In Engeland is op dit moment veel aandacht voor de integratie van preventie, zorg en welzijn op lokaal niveau. De verantwoordelijke actoren (*CCGs* en *Local Authorities*) zoeken daarbij naar alternatieve bekostigingsmethoden om deze integratie te realiseren. Daarbij wordt gebruik gemaakt van *joint commissioning* (afstemming tussen *CCGs* en *LAs* bij de inkoop van zorg en preventie) en in toenemende mate ook *integrated commissioning* (integratie van budgetten van *CCGs* en *Local Authorities*) (zie Tekstbox 5.5). In dit kader is veel discussie over hoe deze integratie bestuurlijk moet worden vormgegeven. Mogelijk dat de eerder genoemde lokale *Health and Wellbeing Boards* (zie Paragraaf 3.5) hier een belangrijke rol in gaan spelen. Op dit moment blijkt nog behoorlijke variatie te bestaan in de vormgeving van deze *HWBs* en hun effectiviteit op lokaal niveau (Humphries en Wenzel, 2015).

Tekstbox 5.5: *Greater Manchester Health and Social Care Devolution* (http://gmhealthandsocialcaredevo.org.uk/)

In de regio Manchester krijgen de lokale autoriteiten vanaf 2016 meer verantwoordelijkheid en vrijheid in de besteding van budgetten om zo beter te kunnen aansluiten bij de behoeften van de lokale bevolking. Het doel is een betere integratie van diensten op het gebied van acute zorg, eerstelijnszorg, preventie, wijkzorg, ggz-zorg en maatschappelijke ondersteuning. Hiervoor is in 2015 een akkoord gesloten tussen de tien lokale autoriteiten (gezamenlijk de *Greater Manchester Combined Authority*), de landelijke overheid, *NHS England* en de *Clinical Commissioning Groups* in de regio. De regio krijgt daarmee directe controle over één budget, ongeveer €8 miljard, te besteden over de genoemde domeinen. Binnen dit experiment is recent een *Director of Population Health Transformation* aangesteld die de rol van preventie en volksgezondheid in het programma zal versterken.

Verschillende experimenten en initiatieven opgestart
Naast de in Tekstbox 5.5 beschreven ontwikkeling in Manchester, zijn verschillende andere initiatieven opgestart om integratie tussen preventie, zorg en welzijn te realiseren. Een eerste voorbeeld is het *Better Care Fund* (ruim €5 miljard op jaarbasis). *Local Authorities* kunnen samen met *CCGs* een plan indienen voor financiering vanuit dit fonds ten behoeve van integrale zorg in de regio. Het fonds richt zich daarbij op specifieke doelgroepen of diensten zoals de ondersteuning van ouderen ten behoeve van het behoud van hun zelfstandigheid of het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames. In een ander plan heeft de Engelse overheid in 2013 14 zogenaamde *Pioneers* aangewezen die de ruimte krijgen om op lokaal niveau te experimenteren met nieuwe vormen van inkoop, bekostiging en aanbod van diensten waaronder preventie. Tot slot zijn er in 2015 23 *Vanguard sites* geselecteerd als voorlopers in het ontwikkelen van nieuwe modellen voor het aanbieden van preventie, welzijnszorg en ondersteuning op lokaal niveau.

Joint and integrated commissioning oplossingsrichting voor meerdere knelpunten
De Engelse hervormingen bieden een mogelijke oplossingsrichting voor de onheldere verdeling van verantwoordelijkheden, het *wrong-pocket problem* (zeker in het voorbeeld van Manchester) en de afwenteling tussen actoren. Daarnaast dragen ze mogelijk bij aan een betere afstemming tussen verantwoordelijke actoren. Echter, eerdere hervormingen in Engeland om integratie te realiseren hebben veelal niet (direct) tot het gewenste resultaat geleid. Een belangrijk verschil in de recente ontwikkelingen is dat nu op nationaal niveau een gedeelde visie op geïntegreerde zorg is opgesteld (Humphries, 2015; National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013). In de komende jaren zal duidelijk worden in hoeverre de initiatieven daadwerkelijk bijdragen aan het oplossen van bovengenoemde knelpunten.

5.6 Gezondheidsbevordering in Victoria Australië

Healthy Together Victoria – een regionale strategie op gezondheid
De Australische staat Victoria staat bekend om een actieve aanpak op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. Zo is in Victoria in 2011 een regionaal plan ontwikkeld voor preventie van overgewicht en chronische ziekten, genaamd *Healthy Together Victoria* (http://www.healthytogether.vic.gov.au/). Binnen dit regionale plan wordt een zogenaamde *whole of systems* benadering gehanteerd. Met andere woorden, het plan bevat meerdere strategieën, beleidsmaatregelen en interventies die vanuit de regionale en lokale overheid worden uitgevoerd gericht op settings als de school, het werk of lokale gemeenschappen. Een onderdeel van het plan is dat het netwerk van burgemeesters en minister zich sterk maakt voor preventie. Met het plan wordt een coherent beleid op het gebied van overgewicht en obesitas nagestreefd en getracht de samenwerking tussen actoren te verbeteren.

VicHealth: een regionale strategie tegen roken
In de staat Victoria is men, sinds eind jaren '80, ook zeer actief geweest in het reduceren van het aantal rokers. Op dit moment rookt ruim 16% van de bevolking (Australian Government, 2013). Een van de belangrijkste maatregelen tegen roken was het heffen van hogere belastingen op tabak; een pakje sigaretten kost ongeveer AUS$30; omgerekend ongeveer €20. Daarnaast werd ook de rookreclame aan banden gelegd. Het originele van deze strategie in Victoria was dat de inkomsten uit de extra belasting op sigaretten terugvloeien naar de organisatie *VicHealth* ten behoeve van gezondheids-bevordering. Deze organisatie biedt lokale actoren (bijvoorbeeld op het gebied van sport) financiële ondersteuning ter compensatie van inkomstenderving uit rookreclame. Deze financiële ondersteuning kan vervolgens worden ingezet voor het aanbieden van gezondheidsbevordering en gezonde producten. *VicHealth* heeft binnen de staat Victoria een wettelijk mandaat voor het uitvoeren van gezondheidsbevordering en de activiteiten beslaan inmiddels meer dan de onderwerpen roken en sport alleen (Rechter, 2015).

5.7 De Canadese *Public Health Officer* aan de *executive table*

Volgens de Canadese expert is een belangrijke voorwaarde voor succes dat op bestuurlijk niveau (*the executive table*) mensen zitten die volksgezondheid en of preventie als portefeuille hebben. Zo is er op nationaal niveau in Canada een *Chief Public Health Officer* en op lokaal niveau heeft bijvoorbeeld de stad Saskatoon een *Vice President for Population Health* in het gemeentelijk apparaat dat beslist over preventie en zorg in die regio (*Regional Health Authority*). Deze personen zorgen voor een integratie tussen volksgezondheid en gezondheidszorg en hebben aandacht voor sociale determinanten van gezondheid. Naast Canada zijn ook in andere landen voorbeelden te vinden van het formeren van een functie/portefeuille gerelateerd aan preventie op bestuurlijk niveau. Zo is in de *Greater Manchester Health and Social Care Devolution* een *Director of Population Health* aangesteld die de rol van preventie en volksgezondheid in het programma zal versterken (zie ook Tekstbox 5.5). Ook in Zwitserland is een dergelijk voorbeeld te vinden, daar heeft ieder kanton namelijk een zogenaamde *health promotion officer* aangesteld. Het inzetten van een dergelijke portefeuillehouder op bestuurlijk niveau kan bijdragen aan een betere afstemming tussen opdrachtgevers en mogelijk ook het gevoel van urgentie in de praktijk te vergroten.

6. Discussie en conclusie

6.1 Resultaten samengevat

Discussie over preventie in het zorgstelsel wordt internationaal gevoerd
In alle tien onderzochte landen wordt discussie gevoerd over de inbedding van preventie voor risicogroepen in het zorgstelsel en de verantwoordelijkheden van verschillende actoren hierbij. Dit terwijl de verantwoordelijkheden op het gebied van preventie voor risicogroepen in deze landen verschillend zijn belegd: bij de regionale overheid, bij de lokale overheid, bij verzekeraars of bij een combinatie van deze actoren. De landelijke overheid heeft veelal een meer coördinerende en ondersteunende functie. Ook de financieringsbronnen variëren, tussen onder andere algemene belastingen, belastingen op ongezonde producten en verzekeringspremies. De middelen voor preventie zijn in sommige gevallen geoormerkt, in andere gevallen ontvangen actoren een lumpsum bedrag voor preventie, zorg en mogelijk ook andere domeinen. Soms is de ‘preventie-discussie’ onderdeel van een breder debat over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen actoren en gaat het debat ook over gezondheidszorg en soms ook over andere domeinen. In andere gevallen spitst het debat zich wel specifiek toe op preventie, zoals rondom de invoering van de preventiewet in Duitsland en Zwitserland.

Knelpunten veelal herkend door buitenlandse experts ondanks verschillen in zorgstelsels
Ondanks de verschillen tussen de zorgstelsels in de organisatie en financiering van preventie, worden de in Nederland gesignaleerde knelpunten veelal ook door buitenlandse experts herkend. Dit geldt vooral voor de mogelijk negatieve gevolgen van lokale beleidsvrijheid, het *wrong-pocket problem*, het gebrek aan afstemming tussen opdrachtgevers en het gebrek aan structurele financiering. Dergelijke knelpunten lijken dus niet per definitie samen te hangen met bovengenoemde stelselkenmerken. Andere knelpunten, zoals een onheldere verdeling van verantwoordelijkheden of een wettelijke beperking voor opdrachtgevers, worden minder vaak herkend of lijken een minder grote impact te hebben op de inbedding en borging van preventie.

De tien onderzochte landen bieden meerdere oplossingsrichtingen al dan niet specifiek voor preventie voor risicogroepen
In de tien onderzochte landen wordt op verschillende manieren getracht een betere inbedding van preventie te realiseren. Deze voorbeelden kunnen als oplossingsrichting of denkrichting fungeren voor Nederland. Elementen die in deze oplossingsrichtingen terugkomen zijn: helderder definiëren van preventie en de daarbij behorende verantwoordelijkheden van actoren in de wet, betere afstemming tussen verantwoordelijke actoren, stroomlijnen van financieringsbronnen voor preventie of samenvoegen van budgetten voor preventie en zorg (integratie), en landelijk monitoren van verantwoordelijke actoren op lokaal niveau en deze voorzien van (spiegel)informatie. De oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan het oplossen van verschillende knelpunten waaronder het verduidelijken van verantwoordelijkheden, betere afstemming tussen opdrachtgevers, het voorkomen van een gebrek aan investeringen vanwege het *wrong-pocket problem* en het voorkomen van ongewenste variatie in het preventie-aanbod tussen regio’s of gemeenten. Daarbij moet worden opgemerkt dat deze oplossingsrichtingen niet specifiek (gericht) zijn op preventie voor risicogroepen maar in theorie ook voor andere vormen van preventie kunnen worden toegepast. Een gezondheidsfonds zou bijvoorbeeld ook kunnen worden gebruikt voor universele preventie gericht op de gezonde bevolking.

6.2 Welke lessen kunnen we leren van het buitenland? Raakvlakken met recente Nederlandse ontwikkelingen

Bestuurlijke ontwikkelingen in Engeland met betrekking tot integrale zorg vertonen raakvlakken met lopende Nederlandse initiatieven
Een aantal in het buitenland gevonden oplossingsrichtingen heeft raakvlakken met recente ontwikkelingen in Nederland op het terrein van het verbeteren van de samenhang tussen preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg op lokaal niveau[13] (Drewes et al., 2015). Deze ontwikkeling heeft overeenkomsten met de in Engeland ingeslagen route naar integrale zorg (integratie van *health, social care and public health*). Interessant om te zien is dat in Engeland een aantal zaken op landelijk niveau zijn vormgegeven en geformaliseerd. Zo is op nationaal niveau een raamwerk voor integrale zorg en ondersteuning opgesteld waar preventie een belangrijk onderdeel van uitmaakt (National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013). Daarnaast is wettelijk vastgelegd dat er op lokaal niveau *Health and Wellbeing Boards* bestaan waarin lokale overheden en inkopers van gezondheidszorg (*CCGs*) trachten gezamenlijk integratie te bevorderen, de behoeften van de lokale bevolking te monitoren en een *health and wellbeing* strategie op te stellen. Een eerste evaluatie toonde wel dat deze *HWBs* nog in ontwikkeling zijn en hun rol kunnen versterken (Humphries en Galea, 2013).

Afstemming verzekeraars en gemeenten: leren van gezamenlijke zorginkoop in Engeland?
Onder de Wpg en de Zvw zijn Nederlandse gemeenten en verzekeraars verantwoordelijk voor onderlinge afstemming van de inhoud van de publieke en curatieve gezondheidszorg. Mede door de recente decentralisaties en de initiatieven rondom integrale zorg, lijken deze actoren elkaar in toenemende mate op te zoeken, ook voor wat betreft de financiering en bekostiging. Hier ligt een link met de ontwikkelingen in Engeland waar de inkopers van gezondheidszorg (*CCGs*) en de lokale autoriteiten gezamenlijk optreden en afstemmen met betrekking tot de inkoop van preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg (*joint commissioning*, zie Paragraaf 5.5). In de regio Manchester hebben de autoriteiten zelfs de budgetten voor preventie, gezondheidszorg en welzijnszorg samengevoegd. Deze integratie op financieel vlak kan bijdragen aan een betere afstemming tussen opdrachtgevers en aan het oplossen van het *wrong-pocket problem*. De baten van preventie, in de zin van minder zorggebruik en daarmee minder zorgkosten, komen in dit geval grotendeels terecht bij de 'investeerder'. Het voorbeeld van Denemarken (zie Tekstbox 3.1) laat zien dat het belangrijk is om te zoeken naar financiële prikkels voor een opdrachtgever voor die sectoren waar deze ook invloed op heeft.

Financiële prikkels voor zorgaanbieders voor betere inbedding preventie?
Het belonen van zorgaanbieders voor het reduceren of voorkomen van zorggebruik kan een stimulans bieden voor preventie en het gevoel van urgentie bij zorgaanbieders aanwakkeren. Zo toont het model van *Gesundes Kinzigtal* (GK) dat shared savings contracten besparingen in zorguitgaven kunnen opleveren (zie Paragraaf 5.3). GK zet daarbij actief in op preventie, hoewel een belangrijke, onbeantwoorde vraag is in hoeverre de preventieve interventies hebben bijgedragen aan de behaalde besparingen of dat deze voortkomen uit bijvoorbeeld efficiëntere zorgverlening. In het tweede geval is het shared savings model mogelijk geen oplossing voor het stimuleren en inbedden van preventie. Wel kan de gedeelde besparing worden aangewend voor nieuwe investeringen in preventie, zoals momenteel in Nederland wordt besproken (Drewes et al., 2015).

Naast shared savings modellen wordt in Nederland in toenemende mate gesproken over het belonen van zorgverleners voor betere uitkomsten van zorg (VWS, 2015a). Uitkomstbekostiging, mits goed vormgegeven, bevat prikkels voor investeren in preventie door zorgverleners (Eijkenaar en Schut, 2015). Huidige, op behandelingen en volume gebaseerde bekostigingsmethoden bieden deze prikkel niet en ontmoedigen mogelijk zelfs preventie (Van Kleef et al., 2014). Ook internationaal wordt er de laatste jaren meer geëxperimenteerd met vormen van uitkomstbekostiging (Cashin et al., 2014). In de in dit onderzoek bestudeerde landen komen voorbeelden als het *QOF*-raamwerk in Engeland en het *PIP*-model in Australië naar voren. Hiermee wordt getracht preventie te stimuleren. De uitkomsten zijn echter nog veelal gericht op mensen die al een aandoening hebben (zorggerelateerde preventie) en in mindere mate op preventie voor risicogroepen.

[13] Negen van deze initiatieven worden gevolgd in de Landelijke Monitor Proeftuinen (LMP) (Drewes et al., 2015).

Gezondheidsfonds als oplossingsrichting voor afstemming en structurele financiering

Voorgaande oplossingsrichtingen zijn gericht op veranderingen in de organisatie en bekostiging met als doel preventie te stimuleren. Een andere oplossingsrichting is het opzetten van een landelijk fonds (preventiefonds of gezondheidsfonds), waarmee een structurele financieringsbron voor de uitvoering en implementatie van preventie ontstaat. In Nederland is een preventiefonds verschillende malen als oplossingsrichting genoemd (RVZ, 2011; Zorgmarktadvies, 2015). Dit onderzoek bespreekt een aantal voorbeelden van dergelijke fondsen in het buitenland (zie Paragraaf 5.2). De buitenlandse voorbeelden laten zien dat er verschillende mogelijkheden zijn voor de opzet van een dergelijk fonds, bijvoorbeeld wat betreft de financieringsbron (algemene belastingen, belastingen op ongezond gedrag of verzekeringspremies). De fondsen in het buitenland omvatten veelal wel een relatief beperkt bedrag. Daarnaast blijkt het van belang de inzet van het fonds af te stemmen met andere financieringsbronnen voor preventie (zie ook Schang et al., 2012). Ook worden de middelen van deze fondsen veelal projectmatig besteed en wordt het knelpunt van niet-structurele financiering hiermee niet opgelost. Daarnaast moet worden bepaald hoe een dergelijk geoormerkt budget zich verhoudt tot de behoefte aan vrijheid om budgetten voor preventie en zorg op lokaal niveau te alloceren.

Monitoring van lokale overheden raakt aan ontwikkelingen binnen Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

In de meeste onderzochte landen hebben regionale of lokale overheden veel verantwoordelijkheid in het vormgeven van preventie. Lokale autonomie en het kunnen inspelen op lokale behoeften zijn belangrijke uitgangspunten van deze decentrale invulling. Tegelijkertijd wordt er discussie gevoerd over (ongewenste) variaties in het preventie-aanbod tussen regio's en gemeenten en ontstaat er een behoefte aan inzicht op landelijk niveau. Mede als gevolg hiervan is in Finland een monitoringssysteem opgesteld om de activiteiten van gemeenten op het gebied van preventie te monitoren en gemeenten zo ook te ondersteunen in beleidsontwikkeling. Ook in Canada (Ontario), Denemarken en de staat Victoria in Australië werkt men aan ondersteuning en/of monitoring van lokale overheden. Dit zijn interessante voorbeelden voor Nederland, aangezien op dit moment binnen onder andere het *Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid* wordt gesproken over hoe meer zicht kan worden verkregen op de inzet en effecten van preventie en gezondheidsbevordering (VWS, 2015b). Net als in Finland wordt het monitoren ook in andere landen gecombineerd met het ondersteunen van lokale overheden. In Denemarken worden *health promotion packages* aangeboden aan gemeenten en in de staat Victoria Australië wordt een *Guide to municipal health planning* opgesteld voor gemeenten. Het geven van richting op centraal niveau vraagt ook om een idee over wat wel/niet werkt, ofwel richtlijnen of standaarden op het gebied van preventie. Ontwikkelingen in Nederland op dit gebied zijn er in de vorm van onder andere een database van preventieve interventies (https://www.loketgezondleven.nl) en binnen de gezondheidszorg bestaan een aantal preventierichtlijnen (bijvoorbeeld rondom de behandeling van obesitas).

Het overbruggen van cultuurverschillen tussen publieke en curatieve gezondheidszorg: voorbeelden uit Denemarken en Finland

Een andere recente ontwikkeling in Nederland, die aansluit bij de buitenlandse voorbeelden is het overbruggen van de afstand tussen professionals in de publieke gezondheidszorg en in de curatieve gezondheidszorg. Zo zijn er in Nederland recent initiatieven gestart om de samenwerking tussen professionals uit beide domeinen te verbeteren (RIVM, 2015; Storm et al., 2015). In het buitenland zijn in de praktijk een aantal interessante voorbeelden zichtbaar waarmee wordt getracht dergelijke bruggen te slaan. Zo heeft in Finland de *health promotion coordinator*, die in dienst is van de gemeente, een belangrijke taak om ten behoeve van gezondheidsbevordering domeinen binnen een gemeente (zoals gezondheidszorg, educatie en preventie) te verbinden evenals gemeenten en bedrijven en organisaties buiten de gemeente. In Denemarken lijkt volgens de geïnterviewde expert geen sprake van een grote afstand tussen publieke en curatieve gezondheidszorg doordat deze vanuit eenzelfde fysieke locatie opereren.

Het vertalen van genoemde oplossingsrichtingen vergt denkwerk

De raakvlakken tussen de genoemde oplossingsrichtingen en recente ontwikkelingen in Nederland tonen dat het aan te bevelen is deze voorbeelden mee te nemen bij huidige/toekomstige beleidsbeslissingen. Daarbij moet worden gezegd dat de voorbeelden geen kant-en-klare formule voor betere inbedding en borging van preventie in Nederland opleveren. Daarvoor is nog meer verdiepende kennis nodig over de effectiviteit van de gevonden maatregelen. Ook kan het zijn dat specifieke randvoorwaarden voor Nederland nodig zijn. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het voorbeeld in Duitsland, waar de wettelijk vastgelegde bijdrage voor preventie voor zorgverzekeraars samen lijkt te gaan met een risico op risicoselectie (Verbraucherzentrale NRW, 2015).

6.3 Resultaten in breder perspectief

Preventie als onderdeel van 'Health in All Policies' in sommige landen
In een aantal van de onderzochte landen is gekozen voor een nog bredere aanpak op het gebied van selectieve (en andere vormen van) preventie, en wordt uitgegaan van de sociale en fysieke omgevingsfactoren die gezondheid beïnvloeden. Het in samenhang aanpakken van deze determinanten van gezondheid en het daarbij in kaart brengen van de impact van andere beleidsdomeinen (bijvoorbeeld onderwijs) op gezondheid wordt ook wel *Health in All Policies (HiAP)* of integraal gezondheidsbeleid genoemd. In verschillende van de in deze studie onderzochte landen is preventie voor risicogroepen ingebed in een dergelijke aanpak (zie ook RIVM, 2013) voor een aantal voorbeelden). Zo staat Finland bekend als land met een lange traditie op het gebied van integraal gezondheidsbeleid (Melkas, 2013). Maar ook in landen als Canada (vooral Quebec), Oostenrijk en Zweden zijn preventieve interventies ingebed in een *HiAP* strategie. In Nederland lopen een aantal initiatieven die zich ook richten op sociale factoren, zoals het *Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid* (Rijksoverheid, 2014) en het programma *Gezond in de Stad* dat zich richt op het aanpakken van gezondheidsachterstanden op lokaal niveau.

Wat is de gewenste schaalgrootte voor de organisatie, financiering en bekostiging van preventie?
De stelselhervormingen die in landen als Finland (verantwoordelijkheden van gemeenten naar regio's) en Denemarken (verantwoordelijkheden van regio's naar gemeenten) momenteel worden of recentelijk zijn doorgevoerd, laten zien dat er wordt gezocht naar een optimale schaalgrootte voor de organisatie van preventie (en zorg). Achter deze verschuivingen worden afwegingen gemaakt tussen meer lokale autonomie en een mogelijk betere aansluiting op lokale behoeften versus meer centrale controle met een mogelijk efficiëntere organisatie (kostenbesparing) en meer mogelijkheden en middelen om preventie goed vorm te geven. In Victoria (Australië), Finland en Denemarken wordt lokale autonomie gecombineerd met ondersteuning aan lokale overheden op centraal niveau (zie Paragraaf 4.2).

Ook voor Nederland kan de vraag worden gesteld wat de gewenste schaalgrootte voor de organisatie en financiering van preventie is. In Nederland bestaan verschillende regio-indelingen, behorend bij de wettelijke kaders. Zo bestaan er 25 GGD-regio's (Wpg), 43 Wmo-regio's en 32 Zorgkantoorregio's (Wlz) (www.regioatlas.nl). Daarnaast hanteren verschillende regionale initiatieven die werken aan integrale zorg ook een eigen regio-indeling (Drewes et al., 2015).



Figuur 6.1: Overzicht van regio-indelingen in Nederland, uitgesplitst naar wettelijk kader (links: Wpg – GGD-regio's, rechts: Wmo-regio's)

De vraag kan gesteld worden of, voor een integrale benadering van preventie en zorg, dit een gewenste situatie is. De variatie in regio-indelingen heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat afhankelijk van het wettelijk kader gemeenten met verschillende groepen gemeenten te maken hebben. De gewenste schaalgrootte voor Nederland hangt uiteindelijk samen met in het buitenland gehoorde afwegingen zoals het aansluiten bij lokale behoeften, kostenbeheersing en efficiëntie, en mogelijkheden tot ondersteuning van lokale overheden.

Bij het vormgeven van de organisatie en financiering van preventie ligt het primaat bij de politiek
Welke stappen worden gezet op het gebied van de organisatie en financiering van preventie zal voor een belangrijk deel ook samenhangen met de visie op de verhouding tussen de eigen verantwoordelijkheid van burgers en de verantwoordelijkheid van overheid en marktpartijen (verzekeraars, zorgaanbieders). In verschillende landen is te zien dat de vormgeving van preventie een politiek thema is, zeker in de landen waar de verantwoordelijkheden vooral bij de landelijke en regionale overheid zijn belegd. De mate waarin en manier waarop aandacht wordt besteed aan preventie, vooral op het gebied van gezondheidsbevordering, hangt sterk samen met de heersende politieke visie op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Voorbeelden van deze politieke dynamiek zijn terug te vinden in bijvoorbeeld Zwitserland (het niet doorgaan van een landelijke preventiewet), Australië (de oprichting en afschaffing van het nationaal preventie agentschap) en Duitsland (het vergroten van de rol van verzekeraars bij preventie). Het lijkt een internationaal gegeven dat deze discussie wat minder speelt rondom vaccinaties en screeningsprogramma's (ook al zijn daar ook verschillen zichtbaar tussen landen) dan bij gezondheidsbevordering. De RVZ stelde eerder al: "We hebben kennelijk veel over voor bescherming tegen wat van buiten op ons af komt; tegen risico's waar de individuele burger niets tegen kan ondernemen en waar hij uitdrukkelijk niet voor kiest" (RVZ, 2011). Het primaat voor de vormgeving en borging van preventie ligt dus bij de politiek. Daarnaast is er uiteraard ook een belangrijke rol voor de burger als deelnemer aan preventieve interventies.

Meer geld naar preventie?
Soms wordt beargumenteerd dat er te weinig middelen worden ingezet voor preventie, in vergelijking tot de uitgaven aan gezondheidszorg (Mackenbach, 2013). Deze fundamentele vraag is gerelateerd aan het thema van dit rapport, maar valt buiten de scope van dit onderzoek waarin de geïdentificeerde knelpunten uit de wetgeving en de praktijk het uitgangspunt vormen. Mogelijk dat met het oplossen van de knelpunten de huidige uitgaven effectiever kunnen worden ingezet. Het beantwoorden van de vraag of er meer middelen voor preventie beschikbaar moeten komen, gaat ook over de complexe vergelijking tussen de effectiviteit van preventie ten opzichte van de effectiviteit van gezondheidszorg.

6.4 Reflectie op onderzoeksmethode

Beperkt aantal landen maar geen toevallige selectie
In overleg met het ministerie van VWS zijn tien landen geselecteerd. Er is gekozen voor een selectie van landen waarin meerdere typen zorgstelsels en oplossingsrichtingen aan bod (kunnen) komen. Het is mogelijk dat een andere selectie van landen andere resultaten of oplossingsrichtingen zou hebben opgeleverd.

Beperkt aantal interviews gehouden
Voor de meeste landen is slechts een enkele expert geïnterviewd. De persoonlijke opvatting en visie van de geïnterviewde expert zijn daarmee van invloed op de gevonden resultaten. Wel is getracht om in ieder land de juiste expert op het gebied van de organisatie en financiering van preventie te vinden. In een tweetal landen is na het eerste interview besloten om door te zoeken naar een tweede expert, aangezien de onderzoekers van mening waren dat een aantal vraagstukken niet tot het expertisegebied van de geïnterviewde expert behoorde. De uitgevoerde documentenanalyse leverde overigens geen andere inzichten op. Tot slot zijn de resultaten getoetst bij een klankbordgroep (zie Bijlage 1). Op deze manier hebben wij getracht de kwaliteit van het onderzoek te borgen. Idealiter was een groter aantal interviews per land uitgevoerd, maar dit was gezien de doorlooptijd van het onderzoek niet haalbaar.

Geen systematisch literatuuronderzoek
Voor de beschrijving van de landen en de zorgstelsels is in de documentenanalyse in eerste instantie gebruik gemaakt van publicaties van vooraanstaande internationale instituten op dit terrein, zoals de OECD, de European Observatory en het Commonwealth Fund. Daarnaast is aan de geïnterviewde experts gevraagd om suggesties te doen voor relevante (Engelstalige) literatuur, ook op het vlak van de benoemde oplossingsrichtingen. In het onderzoek is, gezien de tijdspanne en de doelstelling van het project, geen systematische literatuurstudie verricht. Het kan dus zijn dat studies met mogelijk

additionele informatie over (andere) oplossingsrichtingen niet zijn achterhaald. Vandaar ook dat wordt aangeraden om verder verdiepend onderzoek uit te voeren gericht op specifieke oplossingsrichtingen.

6.5 Conclusie

Het beter inbedden en borgen van preventie in het zorgstelsel blijkt een internationale zoektocht. In de tien onderzochte landen komen verschillende in Nederland ervaren knelpunten ook naar voren. Daarnaast voert men discussie over; hoe krijgen we een meer heldere verdeling van verantwoordelijkheden, een betere afstemming tussen preventie, zorg en het sociale domein, en stroomlijning in de financiering en bekostiging van preventie?
De verschillende oplossingsrichtingen die in het buitenland zijn geïdentificeerd op het gebied van wetgeving, coördinatie, monitoring en financiering/bekostiging bevatten niet één kant-en-klare oplossing. Wel raken zij aan recente ontwikkelingen in Nederland in beleid en praktijk. Het verdient dan ook aanbeveling deze voorbeelden mee te wegen in huidige en toekomstige beleidskeuzes. In het maken van deze keuzes moeten oplossingsrichtingen ook in samenhang worden bekeken. Vervolgonderzoek is gewenst om meer inzicht te krijgen in de voor- en nadelen van de genoemde voorbeelden en voor het maken van onderbouwde afwegingen en keuzes.

7. Referenties

AIHW 2014a. Australia's health 2014. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
AIHW 2014b. Health expenditure Australia 2012-13: analysis by sector. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
ANELL, A., GLENNGÅRD, A. H. & MERKUR, S. 2012. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5): 1–159.
AUSTRALIAN GOVERNMENT 2013. State of preventive health 2013. Canberra: Australian Government.
AUSTRALIAN GOVERNMENT 2015a. $26m booster to Immunise Australia. Canberra: Australian Government.
AUSTRALIAN GOVERNMENT 2015b. *Practice Incentives Program* [Online]. Australian Government, Department of Human Services. Available: http://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/practice-incentives-programme/ [Accessed 03/11/2015].
BMG 2014. Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
BMG 2015. *Bundestag verabschiedet Präventionsgesetz* [Online]. Bundesministerium für Gesundheit. Available: http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html [Accessed 03/11/2015].
BOYLE, S. 2011. United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486.
BUSSE, R. & BLÜMEL, M. 2014. Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1-296.
CASHIN, C., CHI, Y.-L., SMITH, P., BOROWITZ, M. & THOMSON, S. 2014. Paying for Performance in Health Care. Implications for health system performance and accountability. New York: World Health Organization.
CMWF 2015. International Profiles Of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund.
CPB 2013. Toekomst voor de zorg. Gezondheid loont; tussen keuze en solidariteit. Den Haag: Centraal Planbureau.
CVZ 2007. Van preventie verzekerd. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.
DE PIETRO, C., CAMENZIND, P., STURNY, I., CRIVELLI, L., EDWARDS-GARAOVGLIA, S., SPRANGER, A., WITTENBECHER, F. & QUENTIN, W. 2015. Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition*.
DIETZ, W. H., SOLOMON, L. S., PRONK, N., ZIEGENHORN, S. K., STANDISH, M., LONGJOHN, M. M., FUKUZAWA, D. D., ENELI, I. U., LOY, L., MUTH, N. D., SANCHEZ, E. J., BOGARD, J. & BRADLEY, D. W. 2015. An Integrated Framework For The Prevention And Treatment Of Obesity And Its Related Chronic Diseases. *Health Aff (Millwood)*, 34**,** 1456-63.
DOH 2012. The new public health role of local authorities. London: Department of Health.
DORAN, T., KONTOPANTELIS, E., VALDERAS, J. M., CAMPBELL, S., ROLAND, M., SALISBURY, C. & REEVES, D. 2011. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ*, 342**,** d3590.
DREWES, H. W., HEIJINK, R., STRUIJS, J. N. & BAAN, C. A. 2015. Samen werken aan duurzame zorg : Landelijke monitor proeftuinen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
EIJKENAAR, F. & SCHUT, E. 2015. Uitkomstbekostiging in de zorg: een (on)begaanbare weg? Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
EUROHEALTHNET 2015. Good practice in the field of Health Promotion and Primary Prevention: Spain country review. Joint Action CHRODIS.
GARCÍA-ARMESTO, S., ABADÍA-TAIRA, M. B., DURÁN, A., HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. & BERNAL-DELGADO, E. 2010. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4): 1-295.
GILBURT, H., DUNN, P. & FOOT, C. 2015. Local Healthwatch: progress and promise. London: The King's Fund.
GVG 2015. *Gesundheitsziele.de* [Online]. Köln: GVG, Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. Available: http://gesundheitsziele.de/ [Accessed 25/10/2015].
HEALY, J., SHARMAN, E. & LOKUGE, B. 2006. Australia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(5): 1–158.
HOFMARCHER, M. & QUENTIN, W. 2013. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(7): 1– 291.
HUMPHRIES, R. 2015. Integrated health and social care in England--Progress and prospects. *Health Policy*, 119**,** 856-9.
HUMPHRIES, R. & GALEA, A. 2013. Health and wellbeing boards: One year on. London: The King's Fund.
HUMPHRIES, R. & WENZEL, L. 2015. Options for integrated commissioning. Beyond Barker. London: The King's Fund.
JAAKKIMAINEN, R. L., BARNSLEY, J., KLEIN-GELTINK, J., KOPP, A. & GLAZIER, R. H. 2011. Did changing primary care delivery models change performance? A population based study using health administrative data. *BMC Fam Pract*, 12**,** 44.
JANSSON, E. V. & TILLGREN, P. E. 2010. Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, 10**,** 455.
KIRAN, T., KOPP, A., MOINEDDIN, R. & GLAZIER, R. H. 2015. Longitudinal evaluation of physician payment reform and team-based care for chronic disease management and prevention. *CMAJ*, 187, E494-E502.

LADURNER, J., GERGER, M., HOLLAND, W. W., MOSSIALOS, E., MERKUR, S., STEWART, S., IRWIN, R. & SOFFRIED, J. 2011. Public health in Austria. An analysis of the status of public health. Copenhagen: World Health Organization.
LINELL, A., RICHARDSON, M. X. & WAMALA, S. 2013. The Swedish national public health policy report 2010. *Scand J Public Health,* 41, 3-56.
MACKENBACH, J. P. 2013. Korten op preventie? Niet doen! *Medisch Contact,* 46, 2388-9.
MARCHILDON, G. P. 2013. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(1): 1-79.
MEIJER, S. & HAMBERG-VAN REENEN, H. H. 2011a. *Wat is het wettelijk kader en het beleidskader van preventie?* [Online]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Available: http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-het-wettelijk-kader-en-het-beleid-van-preventie-nieuw/ [Accessed 19/11/2015].
MEIJER, S. & HAMBERG-VAN REENEN, H. H. 2011b. *Wat is preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid* [Online]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Available: http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/ [Accessed 21/20/2015].
MELKAS, T. 2013. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: a case study on national health policy development. *Scand J Public Health,* 41, 3-28.
MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH FINLAND. 2015. *Social welfare and health care reform* [Online]. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health Finland. Available: http://stm.fi/en/service-structures [Accessed 03/11/2015].
NATIONAL COLLABORATION FOR INTEGRATED CARE AND SUPPORT 2013. Integrated Care and Support: Our Shared Commitment. London: Department of Health.
NHS ENGLAND 2014. Understanding the new NHS. A guide for everyone working and training within the NHS. London: NHS England.
OECD 2011. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
OLEJAZ, M., JUUL NIELSEN, A., RUDKJØBING, A., OKKELS BIRK, H., KRASNIK, A. & HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. 2012. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(2): 1-192.
PARIS, V., DEVAUX, M. & WEI, L. 2010. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
PHAC 2003. The Role and Organization of Public Health. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
RECHTER, J. 2015. Innovate, Inform, Integrate: VicHealth is transforming to meet innovation and the new health promotion challenges. *Health Promot Int,* 30, 413-7.
RIJKSOVERHEID 2014. Alles is gezondheid Het Nationaal Programma Preventie 2014-2016. Den Haag: Rijksoverheid.
RIVM 2013. Wereldkansen voor preventie? Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
RIVM 2015. *Loketgezondleven.nl* [Online]. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Available: https://www.loketgezondleven.nl/advies-en-ondersteuning/netwerkbijeenkomsten [Accessed 01/11/2015].
ROD, M. H. & HOYBYE, M. T. 2015. A case of standardization? Implementing health promotion guidelines in Denmark. *Health Promot Int*, first published online: April 26, 2015.
RUDKJOBING, A., STRANDBERG-LARSEN, M., VRANGBAEK, K., ANDERSEN, J. S. & KRASNIK, A. 2014. Health care agreements as a tool for coordinating health and social services. *Int J Integr Care,* 14, e036.
RUWAARD, S., STRUIJS, J., DOUVEN, R. & POLDER, J. 2015. Leren van zorgbrede bekostiging à la VS. Innovatieve contracten Amerika prikkelen tot kwaliteit en kostenbeheersing. *Medisch Contact,* 13, 628-631.
RVZ 2011. Preventie van welvaartsziekten: effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
RVZ 2015. Wil de penningmeester van de zorg nu opstaan? Slotsymposium Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
SCHANG, L. K., CZABANOWSKA, K. M. & LIN, V. 2012. Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland. *Health Promot Int,* 27, 295-305.
STORM, I., VAN GESTEL, A., VAN DE GOOR, I. & VAN OERS, H. 2015. How can collaboration be strengthened between public health and primary care? A Dutch multiple case study in seven neighbourhoods. *BMC Public Health,* 15, 974.
THL 2015. TEAviisari. Making municipal health promotion work visible. Helsinki: THL, National Institute for Health and Welfare.
TWEEDE KAMER 2014a. Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015): Amendement van het lid Otwin van Dijk. Den Haag.
TWEEDE KAMER 2014b. Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2015: Motie van het lid Wolbert. Den Haag.

VAN KLEEF, R. C., SCHUT, F. T. & VAN DE VEN, W. P. M. M. 2014. Evaluatie zorgstelsel en risicoverevening acht jaar na invoering Zorgverzekeringswet: succes verzekerd? Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
VERBRAUCHERZENTRALE NRW 2015. Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenkassen. Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Prämienzahlung für Gesunde? Düsseldorf: Verbraucherzentrale NRW.
VICTORIAN GOVERNMENT 2013. Guide to municipal public health and wellbeing planning. Melbourne: State of Victoria Department of Health.
VRANGBAEK, K. & SORENSEN, L. M. 2013. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark? *Scand J Public Health*, 41**,** 616-22.
VUORENKOSKI, L., MLADOVSKY, P. & MOSSIALOS, E. 2008. Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 10(4): 1–168.
VWS 2015a. Commissiebrief Tweede Kamer inzake reactie op artikel FD dd 25 maart 2015 dat invoering van de uitkomstbekostiging per 2020 niet gaat lukken. Den Haag: Ministerie van VWS.
VWS 2015b. Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. Den Haag: Ministerie van VWS.
WHITE, C. 2015. “Deeply disappointing” public health cuts will increase demand on NHS, says expert. *BMJ*, 351**,** h6035.
ZORGMARKTADVIES 2015. Financiering van preventie: Analyse van knelpunten en inventarisatie van nieuwe oplossingen. Amsterdam: Zorgmarktadvies.

Bijlagen

Bijlage 1 Auteurs, buitenlandse experts en klankbordgroep

Auteurs

Dhr. Dr. R. Heijink	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dhr. Dr. J.N. Struijs	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg

Buitenlandse experts

Mw. Prof. E. de Leeuw	Australië	University of New South Wales
Dhr. K. van Gool, PhD	Australië	University of Technology Sydney
Dhr. Prof. V. Goel	Canada	University of Toronto
Dhr. M. Hulvej Rod, PhD	Denemarken	National Institute of Public Health
Dhr. S. Gress, PhD	Duitsland	University of Applied Sciences Fulda
Mw. N. Savolainen, MPhil	Finland	National Institute for Health and Welfare (THL)
Dhr. T. Ståhl, PhD	Finland	National Institute for Health and Welfare (THL)
Dhr. Prof. B. Ferguson	Engeland	Public Health England
Dhr. S. Müller, Mag	Oostenrijk	Association of Austrian Social Insurance Institutions
Mw. I. Rosian-Schikuta, Mag	Oostenrijk	Gesundheit Österreich GmbH
Dhr. C. Brotons, PhD	Spanje	Sardenya Primary Health Care Centre
Mw. P. Arratibel, PhD	Spanje	Deusto Business School
Dhr. M. Kaufmann, MPH	Zwitserland	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)

Klankbordgroep

Dhr. Dr. P. Achterberg	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)
Dhr. Dr. P. van Baal	Erasmus University (institute of Health Policy & Management)
Mw. Prof. Dr. C.A. Baan	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)
Dhr. Dr. M. van den Berg	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)
Dhr. Prof. Dr. H. van Oers	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)
Dhr. Prof. Dr. J. Polder	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)
Dhr. Prof. Dr. D. Ruwaard	Maastricht University (School for Public Health and Primary Care)
Mw. Drs. N. Tamsma	RIVM (Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

Bijlage 2 Indelingen van preventie

B2.1 Preventie naar doelgroep (Meijer en Hamberg-van Reenen, 2011b; CVZ, 2007)

Universele preventie	Bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gezonde bevolking.
Selectieve preventie	Bevordert de gezondheid van specifieke groepen met verhoogd gezondheidsrisico. Onder selectieve preventie valt ook het opsporen en toeleiden naar de zorg.
Geïndiceerde preventie	Voorkomt ziekte of verdere gezondheidsproblemen bij individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen.
Zorggerelateerde preventie	Voorkomt complicaties, beperkingen, en een lagere kwaliteit van leven of sterfte bij individuen met een gediagnosticeerde aandoening/gezondheidsprobleem.

B2.2 Preventie naar type maatregel (Meijer en Hamberg-van Reenen, 2011b)

Gezondheidsbescherming	Beschermen tegen gezondheidsbedreigende factoren. Bekende maatregelen zijn de kwaliteitsbewaking van drink- en zwemwater, afvalverwijdering en verkeersveiligheid.
Gezondheidsbevordering	Bevorderen en in stand houden van een gezonde leefstijl en van een gezonde sociale en fysieke omgeving.
Ziektepreventie	Voorkomen van specifieke ziekten of vroege signalering daarvan. Belangrijke maatregelen zijn screening, vaccinaties en preventieve medicatie.

B2.3 Preventie naar fase in het ziekteproces (Meijer en Hamberg-van Reenen, 2011b)

Primaire preventie	Voorkomen dat gezonde mensen een bepaald(e) gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen.
Secundaire preventie	Opsporen van ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt.
Tertiaire preventie	Voorkomen van complicaties en ziekteverergering bij patiënten met een gediagnosticeerde aandoening. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder.

Bijlage 3 Lijst van vragen en onderwerpen gebruikt in de interviews

We focus on preventive services for specific risk groups. These services aim to prevent disease and/or disease complications but also to promote health. We can think of screening or vaccination programmes for risk groups, child health (prevention in early years of life), but also of health promotion activities to promote healthy lifestyles. Preventive services targeted at the entire population (e.g. taxes, regulations regarding air pollution or food-quality are beyond the scope of this study).

Our main questions are:

1) What is the role of the government in prevention?
   a. National level
   b. Regional/State level
   c. Municipality level
2) Which laws define (coverage of) preventive services and which services are explicitly covered?
3) What is the main source of financing?
4) Who are purchasers of preventive services?
   a. Health insurers, national government, local government, private, other.
5) Are there specific measures/regulations to stimulate the implementation of prevention (financial incentives, value based payment in health care, etc)?
6) Do you see any obstacles in the organization and financing of preventive services in your country?
7) Do you have any documentation (in English) on current discussions regarding the organization and financing of prevention in your country?
8) Other issues

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

december 2015

De zorg voor morgen begint vandaag

008578